

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

116

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 janvier 1898, à 1 heure

PAR

Hubert JACOB de CORDEMOY

Docteur ès-sciences naturelles

Né à Saint-Benoît (Ile de la Réunion), le 27 juin 1866

DES ABCÈS FROIDS

DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

ET EN PARTICULIER

DE LA RÉGION HYPOGASTRIQUE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM.

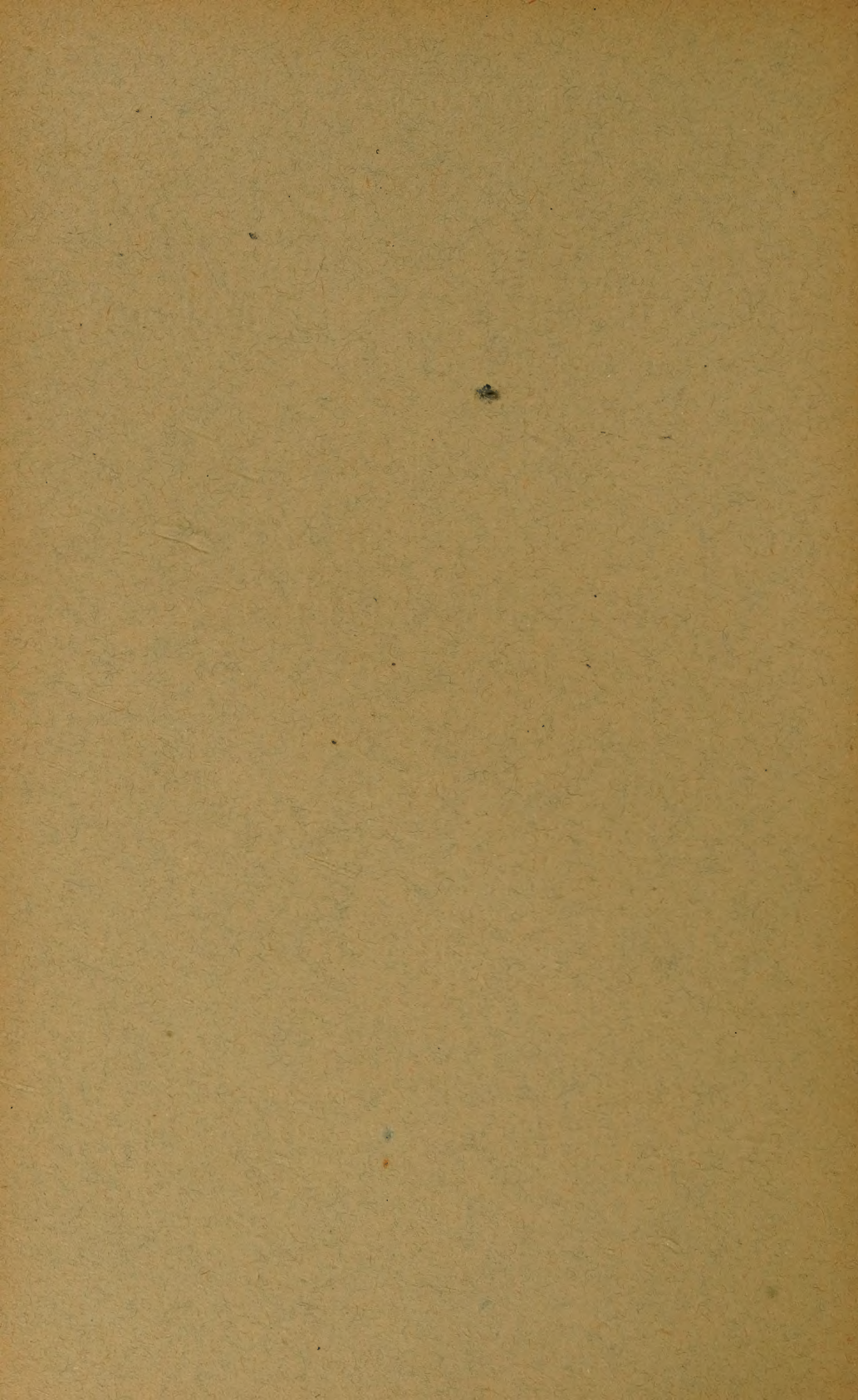
{	TROISIER, <i>professeur.</i>
	ROGER et ALBARRAN, <i>agregés.</i>

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
BORDIER ET MICHALON

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1898



Année 1898

THÈSE

N° 156

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 janvier 1898, à 1 heure

PAR

Hubert JACOB de CORDEMOY

Docteur ès-sciences naturelles

Né à Saint-Benoît (Ile de la Réunion), le 27 juin 1866

DES ABCÈS FROIDS

DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

ET EN PARTICULIER

DE LA RÉGION HYPOGASTRIQUE

Président : M. GUYON, professeur.

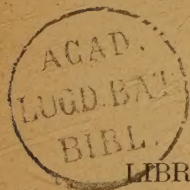
*Juges : MM. } TROISIER, professeur.
 } ROGER et ALBARRAN, agrégés.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
BORDIER ET MICHALON

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER
Matière médicale et Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR E. JACOB DE CORDEMOY

Mon premier maître, et mon plus sûr conseiller ; dont la carrière médicale déjà longue est pour moi l'exemple le plus touchant d'une existence toute d'infatigable activité, d'abnégation, de dévouement aux malades.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Académie de Médecine,

Membre de l'Institut,

Chirurgien de l'hôpital Necker.

Hommage de respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Au mois de juillet dernier, M. le docteur Lejars appelait notre attention, dans son service de l'hôpital Beaujon, sur un malade qu'il venait d'opérer pour une tumeur liquide de l'hypogastre. Cette tumeur s'était développée lentement, depuis trois mois, au dessus du pubis, sans déterminer la moindre réaction inflammatoire ; indolente, elle n'avait inquiété le malade que par sa présence même et aussi par sa progression constante vers l'ombilic. C'est ainsi que ce jeune homme fut amené à venir demander des soins.

Le diagnostic demeura hésitant entre une colletion purulente froide et un kyste séreux de la cavité de Retzius. L'opération démontra qu'il s'agissait d'un abcès froid siègeant dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région hypogastrique.

M. Lejars nous fit remarquer combien peu banal était ce cas ; et il nous engagea à le prendre comme point de départ d'une étude qui serait notre thèse inaugurale.

Nous avons dès lors mission de rechercher dans la science les faits de même ordre, et d'en tirer les caractères pathologiques et cliniques d'une affection dont le diagnostic est parfois entouré de réelles difficultés.

Notre tâche nous parut tout d'abord malaisée. A ne consulter que les articles des Dictionnaires et les Traités de chirurgie les plus autorisés, les suppurations froides de la paroi abdominale antérieure sont d'une rareté extrême. Si les auteurs classiques retracent avec d'amples développements l'histoire des inflammations aiguës, des phlegmons, ils laissent à peine ébauchée celle des abcès froids de la paroi de l'abdomen que les anciens observateurs avaient du reste méconnus.

Cependant, en poursuivant nos recherches bibliographiques, nous sommes parvenu à trouver dans la littérature chirurgicale un certain nombre d'observations qui, s'ajoutant au cas dont nous venons de parler et à un second fait que nous avons pu recueillir dans le service de M. le docteur Picqué, à la Maison Municipale de Santé, nous ont paru fournir des éléments suffisants pour justifier le présent travail.

Notre étude est un essai, un modeste essai. Nous n'avons point la prétention de combler une lacune. Cette lacune, si elle est réelle, sera tôt ou tard comblée par des mains magistrales. Heureux s'il nous est donné de l'avoir seulement signalée.

Que M. le docteur Lejars, auprès de qui nous avons trouvé l'accueil le plus bienveillant, veuille bien agréer l'expression de toute notre gratitude.

HISTORIQUE

C'est en 1850 que Bernutz (1) distingua nettement, parmi les inflammations de la paroi abdominale antérieure, les phlegmons vrais de l'abdomen dont la marche est franchement aiguë, et les abcès à évolution lente, chronique, qui ont été compris par les anciens auteurs parmi les *hydropisies enkystées du péritoine*.

Dans son Mémoire, qui aujourd'hui encore peut être consulté utilement, Bernutz n'étudie que les inflammations aiguës, franches, des parois de l'abdomen. Depuis, les phlegmons abdominaux ont été l'objet de nombreux travaux. Citons d'abord les articles de Velpeau dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, de Guyon, dans le *Dictionnaire de Dechambre*, de Bernutz lui-même dans celui de Jaccoud. Voici maintenant toute une série de thèses contenant un grand nombre d'observations : à Paris, les thèses de Segond-Féréol (1859), de Labuze (1871), de Vaussy (1875), de Gauderon (1876), de Poisson (1877), de Borello (1878), de Castaneda y Campos (1878), de Wedrychowski (1879), de Gérardin (1879), et surtout l'impor-

(1) Bernutz : *Arch. gén. de médecine*, 1850, 4^e série, XXIII, 129-190.

tante thèse d'agrégation de Bouilly (1880), ayant pour sujet : les *Tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale*. Nous devons ajouter les thèses de Macarez (Lille, 1881) et de Villiers, (Nancy, 1885). Nous pourrions mentionner enfin des articles ou Mémoires publiés dans divers recueils, entre autres des études de Laveran, (*Union médicale*, 1877), d'Arnould (*Bul. méd. du Nord*, 1877), de Vallin (*Union médicale*, 1877), de Reliquet (*id.*, 1878), etc.

Pendant que les inflammations aiguës suscitaient tant de recherches, les abcès froids de la paroi antérieure de l'abdomen paraissaient attirer fort peu l'attention des observateurs. Ces abcès sont sans doute moins fréquents que les phlegmons. Mais, nous le répétons, ils sont restés longtemps confondus avec une foule d'autres affections dans le groupe mal défini et erroné des hydropisies enkystées du péritoine ou de l'abdomen. Nous sommes convaincu, d'autre part, que des auteurs ont rangé parmi les phlegmons des processus inflammatoires qui n'en avaient ni les caractères ni la marche. En lisant les observations nombreuses que renferment les thèses et Mémoires publiés, on s'aperçoit qu'à côté des phlegmons véritables, affection à allures franchement aiguës, ont été inscrites des inflammations qui, par leur évolution lente et chronique, par leur indolence, par l'absence de toute réaction locale ou générale, s'éloignent des vrais phlegmons. Nous pensons pouvoir bientôt, par des citations, justifier cette manière de voir.

Enfin, avec l'ère contemporaine, l'analyse des faits devient plus exacte, plus rigoureuse ; nos connaissances

sur les inflammations se précisent et s'étendent. Nous apprenons à décèler les abcès tuberculeux dans les différents tissus ; nous découvrons que les agents microbiens qui le plus souvent envahissent l'organisme en y déterminant toute une série de phénomènes aigus, sont susceptibles d'évoluer localement à froid, et de produire des suppurations qui ne s'accompagnent pas des réactions inflammatoires habituelles. De là tout un groupe d'affections présentant un ensemble de caractères communs, que nous distinguons de plus en plus nettement de toutes celles qui peuvent les simuler.

Aussi, la littérature chirurgicale actuelle n'est-elle pas dépourvue d'observations de ces abcès froids de la paroi abdominale antérieure. De patientes investigations nous ont permis d'en réunir un certain nombre, répandues çà et là dans les recueils français et étrangers. C'est sur elles que se trouve basé presque tout entier le présent travail.

Nous jugeons inutile d'énumérer ici les sources auxquelles nous avons puisé, nous les indiquerons à leur place dans le cours de cette étude.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Que devons-nous entendre par abcès froids ? Nous voulons envisager sous cette dénomination, non seulement les abcès tuberculeux, c'est-à-dire les dépôts caséux ramollis, mais encore des collections purulentes « qui se développent lentement, sans réaction inflammatoire appréciable, et qui ne sont en rapport, ni avec une affection tuberculeuse, ni avec une altération des os ».

Nous avons souvent entendu M. le docteur Reclus, dont nous avons suivi le savant enseignement clinique, insister sur cette dernière classe d'abcès froids. Des recherches récentes tendent à montrer qu'une place importante doit leur être désormais réservée en pathologie, à côté des abcès tuberculeux.

Ainsi donc il existe des abcès froids non tuberculeux qui évoluent « avec un minimum de chaleur, de rougeur, de tuméfaction et de douleur » (1).

A cette définition, nous ajouterons brièvement quelques données microbiologiques. Elles nous sont fournies par la savante Revue générale de Mauclaire (*Gazette des hôpitaux*, 1894.)

Les microbes pyogènes streptocoques et staphylocoques,

(1) RECLUS : *Manuel de pathologie externe*, I, 12

peuvent engendrer des abcès froids. Une observation de Walther offre un remarquable exemple de ces abcès froids à staphylocoques. Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans qui, à la suite d'un phlegmon du pied gauche avec lymphangite, a présenté toute une série d'abcès apparaissant successivement en différents points du corps. Ces abcès évoluant à froid, limités par une coque fibreuse épaisse, comme les vieux abcès froids tuberculeux, contenaient du pus visqueux, gélatineux, dans lequel l'examen bactériologique décèle des staphylocoques, surtout le staphylocoque doré.

Un fait analogue est dû à Bertoye (*Lyon médical*, 1886). C'est encore le staphylocoque doré qui avait produit sur tout le corps une série de petits abcès ayant tous les caractères des abcès froids. On observait « une tuméfaction augmentant progressivement de volume, sans donner lieu à aucun changement dans la coloration de la peau, à aucune douleur locale, à aucune réaction générale appréciable ».

Un cas de Roger (*Gazette hebdomadaire*, 1892) est d'une grande netteté. Un enfant de 6 ans dont l'état général est misérable, porte dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de l'avant-bras et du thorax une foule de petits abcès bactériologiquement caractérisés par le staphylocoque doré.

Le streptocoque détermine aussi, quoique plus rarement, des abcès sous-cutanés à marche froide et chronique (*Thèse de Achalme*, 1893.)

Des abcès froids à pneumocoques ont été également observés (faits de Lemièrre, de Condamin).

Le bacille d'Eberth a été constaté dans des abcès évoluant à froid pendant la fièvre typhoïde. Mais nous ne faisons que signaler ici cette variété d'abcès ; nous nous en occuperons plus loin d'une manière spéciale.

Saboïa n'a-t-il pas décrit (*Bul. soc. chir.* 1888) des abcès froids paludéens ? Ces abcès étaient presque toujours sous-cutanés, rarement sous-aponévrotiques.

Plus récemment Ricard (*Gazette des hôpitaux*, 1896) a rapporté deux cas de suppuration froide non tuberculeuse. Il s'agissait de deux cas d'adénites suppurées du cou. Dans ces deux faits, l'affection remontait à un mois et demi environ ; elle s'était développée « insidieusement, augmentant régulièrement et progressivement de volume, sans frisson ni fièvre, sans la moindre douleur, sans la plus petite gêne ».

Enfin plus récemment encore (9 octobre 1897), de Grandmaison communiquait à la Société de Biologie l'observation d'une jeune femme atteinte d'une adénite épicondylienne subaiguë, à marche lente, consécutive à un traumatisme, et chez laquelle il trouva au niveau des ganglions englobant le nerf cubital, des staphylocoques. L'ensemencement de la sérosité qui s'écoula de la plaie donna lieu également à une culture pure de staphylocoques.

Ainsi donc des micro-organismes dont la virulence est extrême, dont la pénétration dans l'organisme est d'ordinaire rapidement suivie de tout un cortège de réactions intenses, peuvent dans certaines circonstances donner lieu à une maladie localisée, de forme atténuée. Ils se

comportent alors comme le bacille de Koch ; comme lui, ils engendrent des abcès froids.

C'est qu'en effet, tous ces micro-organismes pathogènes offrent dans leurs manifestations biologiques des analogies incontestables. Ces analogies s'affirment particulièrement dans certaines conditions. Le bacille de Koch, associé aux staphylocoques et aux streptocoques, devient pyogène. Les observations de Rendu et Boullouche, de Cornil et Arloing prouvent que non seulement le bacille de Koch est pyogène quand il est associé à d'autres microbes, mais de plus il peut, dans certaines conditions encore difficiles à déterminer, produire une suppuration aiguë.

C'est en nous basant sur toutes ces considérations que nous avons pensé pouvoir accepter comme abcès froids tous les produits inflammatoires répondant aux termes de la définition que nous avons donnée au début de ce chapitre.

Nous regrettons seulement que dans les observations que nous reproduisons la partie bactériologique n'ait point été élucidée. Néanmoins, dans toutes ces observations, il s'agit bien, à notre avis, d'abcès froids, quels que soient les micro-organismes responsables.

Nous n'allons pas entreprendre la description anatomique de la paroi antérieure de l'abdomen. Cette description a été maintes fois faite, et souvent bien faite, depuis le commencement de ce siècle, depuis Cooper.

Nous nous garderons toutefois d'oublier la judicieuse remarque de Verneuil : « Il est rare que l'anatomie atten-

tivement interrogée ne jette quelques lumières sur les points obscurs de la chirurgie ».

Dès qu'il le faudra, pour la clarté de l'exposé ou la précision des faits, nous ferons donc appel à l'anatomie.

Nous mettrons alors à contribution les travaux de C. Paul (1), de Pauzat (2), de Bouilly (3), et surtout les recherches plus récentes de Charpy (4) et de P. Delbet (5) sur la structure de la paroi antérieure de l'abdomen.

Nous étudierons successivement les abcès froids qui se développent :

1^o Dans le tissu cellulaire sous-cutané;

2^o Dans la couche musculaire ;

3^o Dans le tissu cellulaire pré-péritonéal.

Les notions anatomiques nécessaires trouveront naturellement place dans chacune de ces divisions générales de notre travail.

I

ABCÈS FROIDS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

Les abcès froids paraissent avoir été rarement observés dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi antérieure de l'abdomen. Du moins nos recherches bibliographiques

(1) C. Paul ; *Bul. Soc. anat.*, VII, 310-330.

(2) Pauzat : *Gazette médicale*, 1880 et 1883.

(3) Bouilly : *Thèse d'agrégation*, 1880.

(4) Charpy : *Revue de chirurgie*, 1888.

(5) P. Delbet : Des suppurations pulviennes chez la femme, Paris, 1890.

sur ce point sont restées vaines. Dans notre obs. III, il s'agit peut-être d'un abcès sous-cutané, mais on ne peut l'affirmer, le siège de la collection purulente n'ayant pas été précisé.

Il est impossible de décrire ces abcès d'après l'unique observation positive que nous rapportons (Obs. I). Mais celle-ci mérite de retenir quelques instants l'attention car elle offre des particularités intéressantes que nous devons nous attacher à faire ressortir.

L'abcès froid dont il s'agit a débuté par une tumeur placée sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, et qui, lentement, progressivement, s'est développée dans la région hypogastrique. Point de douleur au niveau de cette tuméfaction, à peine un peu de gêne dans les mouvements violents, les efforts. Aucun trouble de la fonction urinaire.

C'est trois mois après le début de l'affection que le sujet se présente à l'examen chirurgical. La tumeur hypogastrique forme alors une masse bilobée, composée de deux saillies latérales, grosses chacune comme un œuf de poule et séparées l'une de l'autre par un sillon médian vertical.

Cette tumeur indolente sur laquelle la peau absolument saine est mobile, laisse percevoir à la palpation de la fluctuation nette. Facilement circonscrite en haut et latéralement, elle semble plonger en bas, derrière le pubis, dans le petit bassin.

Ce fut la constatation de ces faits qui entraîna le diagnostic de tumeur liquide probable, collection purulente froide ou kyste séreux de la cavité de Retzius.

Cependant ce diagnostic devait inspirer des doutes pour deux raisons : d'abord le toucher rectal ne relevait rien d'anormal dans le petit bassin ; ensuite il n'y avait jamais eu de troubles de la miction.

Nous verrons en effet que l'exploration rectale est rarement négative dans les cas de tumeurs de la cavité prévésicale de Retzius, et que, d'autre part, des troubles de la miction accompagnent souvent le développement de ces tumeurs.

D'ailleurs l'opération a montré que le pus s'était collecté sous la peau, en avant de la gaine des muscles droits. La tumeur ne pouvait donc plonger dans le petit bassin derrière le pubis. Ce n'était qu'une apparence.

Certaines dispositions anatomiques de la couche cellulaire sous-cutanée de l'abdomen nous paraissent rendre compte de ce fait apparent.

Le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale est divisé en deux couches secondaires par deux lames aponévrotiques que Tillaux (1) regarde comme les deux feuillets du *fascia superficialis* : l'un, superficiel, se continue avec le feuillet qui double la peau de la cuisse ; l'autre, profond, adhère au contraire solidement à l'arcade crurale.

Pour Charpy, ces deux feuillets sont deux fascias distincts, tous deux fixés à la ligne blanche et formant cloison : le fascia profond (vestige de la tunique abdominale des herbivores), lame élastique qui n'existe bien marquée qu'à la partie inférieure et s'insère sur l'arcade

(1) Tillaux : *Traité d'anatomie topographique*, p. 641.

crurale, et le fascia superficialis qui couvre tout l'abdomen.

Il résulte de cette disposition que le fascia sous-cutané profond bride solidement la couche cellulo-graisseuse profonde au niveau de l'arcade crurale. C'est dans cette couche que s'est développé l'abcès dont nous nous occupons ; et le fascia profond, par suite de la résistance qu'il possède en bas, au voisinage de l'arcade pubienne, ne s'était pas laissé distendre par la collection purulente. Celle-ci paraissait donc, non pas s'arrêter au niveau de l'arcade pubienne, suivant la ligne d'insertion du fascia profond, mais bien s'engager derrière les pubis.

La relation de l'opération indique un premier feuillet aponévrotique dont l'incision laissa s'écouler le pus ; il s'agit précisément du fascia sous-cutané profond. Quant au fascia superficialis, qui double immédiatement la peau, il avait été incisé avec celle-ci.

Le fascia profond et le fascia superficialis, avons-nous dit, adhèrent à la ligne blanche et forment cloison ; c'est ce qui explique l'aspect bilobé de l'abcès et la présence d'une dépression médiane verticale entre les deux saillies latérales.

En résumé, un abcès qui prendrait naissance dans la couche cellulaire sous-cutanée superficielle de l'abdomen pourrait fuser du côté de la cuisse dont le tissu cellulaire sous-cutané est en continuité avec celui de la paroi abdominale. Un abcès, au contraire, qui siège dans la couche cellulo-graisseuse profonde est bridé par le fascia profond, et se limite au bord supérieur de l'arcade pubienne ; mais la tumeur, ne pouvant distendre le fascia résistant à ce

niveau, proémine surtout à une certaine distance de la symphyse, et en bas semble pénétrer derrière le pubis. La contraction musculaire ne modifie en rien la saillie formée par un tel abcès.

Le toucher rectal ne permet de rien percevoir dans le petit bassin ; il n'y a pas de troubles de la miction. Ce sont là, à notre sens, de bons éléments de diagnostic.

L'étiologie de l'abcès froid sus-pubien dont il vient d'être question demeure obscure. Le malade niait tout traumatisme pouvant expliquer l'apparition d'une lésion inflammatoire au niveau de l'hypogastre. Cependant, le métier de garçon d'hôtel n'exige-t-il pas des efforts fréquents, des fatigues qui, à la rigueur, ont pu jouer le rôle de cause occasionnelle ?

D'autre part, la nature de l'abcès paraît douteuse. Le sujet paraissait en excellent état général ; l'auscultation n'avait rien révélé. La cicatrisation de la plaie opératoire s'est faite rapidement, dans les meilleures conditions. La tuberculose ne paraît donc pas devoir être incriminée d'une façon certaine, d'après les seules constatations cliniques.

D'ailleurs, l'analyse bactériologique du pus n'a pas été faite : l'agent pathogène est resté inconnu.

Nous devons, en terminant ce chapitre, signaler un fait rare qui pourrait permettre d'interpréter certains cas exceptionnels. Le docteur Casteret (1) a observé consécutivement à un chancre de la verge, chez un soldat, un bubon développé au niveau de la symphyse pubienne,

(1) *Presse Médicale*, 27 novembre 1897.

exactement sur la ligne médiane. Molinié (*Midi Médical*, 1893), qui a publié un cas analogue, l'explique par l'existence anormale d'un ganglion au niveau du pubis, d'un « ganglion sus-pubien » relié par des lymphatiques aux ganglions inguinaux.

En conséquence, une collection purulente développée à froid au niveau de la symphyse pubienne pourrait avoir exceptionnellement pour point de départ ce ganglion sus-pubien anormal.

II

ABCÈS FROIDS DES PLANS MUSCULAIRES DE L'ABDOMEN

La tuberculose des muscles a été récemment étudiée par Hémery (Thèse de Paris, 1897). Un abcès froid musculaire, dit cet auteur, apparaît comme une tumeur qui se dessine sous la peau, formant un relief plus ou moins considérable, assez nettement limité.

La peau, d'aspect normal, ne présente ni rougeur, ni chaleur, ni œdème, ni empâtement, et se laisse mobiliser sur les parties profondes.

Il est remarquable de voir jusqu'à quel point l'évolution de ces lésions tuberculeuses des muscles peut être insidieuse. Notre observation II est fort instructive à cet égard. Un jeune homme porte en dehors du muscle grand droit gauche, à peu près au niveau de l'ombilic, une tumeur qui offre tous les caractères d'un abcès froid. C'est douze jours auparavant que le malade s'est aperçu de la présence de cette tumeur absolument indolente. On incise,

et l'on trouve sous la peau un foyer rempli de fongosités reposant profondément sur l'aponévrose du grand oblique ; cette aponévrose est perforée, et par cette perforation, le foyer fongueux superficiel communique avec un autre foyer sous-aponévrotique, également rempli de fongosités. En raclant ce foyer, on rencontre en dehors des lambeaux musculaires dégénérés, nécrosés, appartenant aux muscles petit oblique et transverse de l'abdomen. Ce vaste abcès froid, absolument musculaire au début, puisque le rebord costal a été trouvé intact, avait pour limite profonde le fascia sous-péritonéal demeuré sain.

Ainsi donc, cet abcès avait évolué sans occasionner la moindre douleur, la plus petite gêne pendant la marche, voire même pendant des exercices de gymnastique ; né dans la profondeur de la couche musculaire de l'abdomen, il avait marché de dedans en dehors en attaquant successivement le muscle transverse, le petit oblique, le grand oblique. C'est lorsque les fongosités, après avoir perforé l'aponévrose du grand oblique, firent irruption sous la peau, que la tumeur apparut, éveillant alors seulement l'attention du sujet. Mais tous les phénomènes antérieurs, grâce à l'absence de douleur, de toute réaction inflammatoire, passèrent inaperçus ; toutes les lésions musculaires s'étaient faites sans bruit.

Il n'en est pas toujours ainsi cependant ; et des douleurs violentes signalent parfois l'apparition de ces abcès. De plus, la peau à leur niveau peut présenter une teinte violacée. La tumeur devient alors subaiguë, mais son évolution lente n'est pas celle d'une inflammation aiguë franche.

Les abcès développés dans la gaine des muscles droits offrent un intérêt tout particulier : ils nous ont paru mériter toute notre attention.

Quelques détails anatomiques sont ici nécessaires. Nous les empruntons au mémoire de Charpy.

Chacun des muscles droits est contenu dans une enveloppe fibreuse que Velpeau appelait le canal des droits. C'est une gaine dans laquelle joue le corps du muscle ou du moins ses segments bien connus. Le muscle lui-même est entouré d'un périmysium qui lui adhère et se ment avec lui. Du tissu cellulaire, organe de glissement, baigne le muscle sur ses deux faces, constituant ainsi deux couches, une superficielle, qu'interrompent les intersections tendineuses adhérentes à la paroi fibreuse antérieure, l'autre profonde, qui s'étend sur toute la longueur de l'appendice xiphoïde au pubis.

Le périmysium du muscle, après avoir revêtu ses deux faces, les quitte au niveau des bords et s'étale en deux *ailerons* qui vont se fixer à l'angle de la coulisse fibreuse. Ceux-ci séparent le canal des droits en deux espaces : l'espace antérieur ou *prémusculaire*, limité en haut par l'intersection fibreuse située à deux ou trois travers de de doigt au-dessous de la cicatrice ombilicale, finit en pointe devant le pubis, entre le tendon du droit et les tendons entrecroisés du grand oblique ; l'espace postérieur, ou *rétro-musculaire*, règne sans interruption des côtes au pubis, et se termine au-dessus de la symphyse pubienne par une dilatation renfermant ordinairement de la graisse, et qui est la *fosse rétro-musculaire*.

En dedans, la ligne blanche est constituée par un

septum fibreux plus résistant dans la région hypogastrique que dans la zone sus-ombilicale.

D'après Charpy, les deux gaines des muscles droits sont parfaitement séparées par une cloison médiane antéro-postérieure.

Le *fascia transversalis*, aponévrose profonde d'enveloppe du transverse, passe derrière le muscle droit au-dessous de l'arcade de Douglas. Tandis que le tendon du droit va se fixer sur la lèvre antérieure du rebord pubien, le fascia transversalis va s'attacher à la lèvre postérieure ou même à la face postérieure de la symphyse. Il en résulte un espace angulaire en V renversé dont la base mesure l'épaisseur du rebord symphysaire. Cet espace, bien vu et nettement décrit par Pauzat qui le désigne sous le nom d'*espace sous-musculaire*, est l'*espace sus-pubien* (*cavum supra-pubicum*) de Leusser; Charpy le nomme *fosse rétro-musculaire*.

Cette fosse rétro-musculaire est donc limitée en avant par le tendon et la fin du corps charnu des droits, en arrière par le fascia transversalis très mince, en dehors par l'adhérence du fascia au tendon, en dedans par la ligne blanche et le ligament sus-pubien de Breschet ou lame fibreuse triangulaire qui, du bord supérieur de la symphyse s'élève le long des droits. Elle ne communique pas avec l'espace prémusculaire, car les adhérences latérales des ailerons sont très serrées. Cette cavité contient du tissu cellulo-graisseux.

Ceci posé, étudions successivement : 1° les abcès de l'espace prémusculaire ; 2° ceux de l'espace rétro-musculaire.

Les premiers, quand ils ne sont pas nettement tuberculeux, se développent surtout dans la fièvre typhoïde.

C'est le moment de rappeler les données que nous possédons actuellement sur les suppurations froides apparaissant comme complication de la fièvre typhoïde, et qui ont fait l'objet d'une importante communication de Chantemesse et Widal à la Société médicale des hôpitaux, le 24 novembre 1893. Ces auteurs ont montré qu'un certain nombre d'organes peuvent être le siège de ces suppurations à bacilles d'Eberth, lesquels ont alors une prédilection marquée pour les os.

« Si la symptomatologie de ces suppurations peut être bruyante, avec fièvre vive et symptômes réactionnels intenses, on voit que les symptômes sont le plus souvent atténués et la température plutôt sub-fébrile, oscillant entre 38° et 39° ». Il est des cas même où la fièvre peut faire totalement défaut, les symptômes généraux manquer, et la lésion évoluer pendant des mois ou même plus d'une année comme une lésion syphilitique ou tuberculeuse.

Tel est du moins ce qui se passe quand le système osseux est en cause.

Ces suppurations froides à bacilles d'Eberth peuvent débiter dans les muscles, mais ces localisations sont beaucoup moins fréquentes.

Un auteur danois, Melchior, cité par Chantemesse et Widal, en a publié un cas. Chez son malade, durant plusieurs années, se sont développés à la suite de la fièvre typhoïde de véritables abcès froids osseux et musculaires, dont le pus contenait le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Or pendant la fièvre typhoïde, il n'est pas très rare de voir des abcès se développer dans la gaine des muscles droits. Ces abcès ont été étudiés par Labuze dans sa thèse (Paris, 1871). Cet auteur les regarde comme étant tous des abcès chauds. Cependant en lisant les observations qu'il publie, on ne retrouve pas partout les symptômes aigus qui caractérisent les abcès chauds.

Ainsi, dans l'observation IV de son travail, il est question d'un jeune homme de 24 ans, de tempérament lymphatique, n'ayant pas d'antécédents syphilitiques, convalescent depuis trois semaines d'une fièvre typhoïde et qui, vers cette époque, ressentit quelques élancements dans le bas-ventre. Ces douleurs avaient diminué d'intensité, mais en même temps une tumeur s'était montrée à la région hypogastrique qui, en ville, avait fait songer à une distension de la vessie par rétention d'urine. C'était une tumeur arrondie, fluctuante à sa partie moyenne, dure et résistante sur ses bords, avec œdème collatéral sous-cutané et coloration légèrement rouge et violacée de la peau. Elle était presque indolente. L'incision donna issue à une grande quantité (un demi-verre environ) d'un pus liquide, séreux, mêlé à quelques gros caillots sanguins. En mettant le doigt dans l'incision, il était facile de sentir que le tissu musculaire était déchiré, et qu'il y avait là une sorte de caverne creusée dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

De cette observation de Labuze on peut rapprocher le fait que nous rapportons (obs. IV) et en déduire les caractères qui serviront à distinguer ces collections purulentes froides de l'espace prémusculaire de la gaine des

droits, développées à l'hypogastre dans le cours de la fièvre typhoïde.

Dans le cours ou pendant la convalescence de la dothiéntérie, un malade ressent de la douleur ou des élancements au niveau de la région hypogastrique. Peu après une tumeur apparaît sur la ligne médiane de l'abdomen, au dessus de la symphyse pubienne ; elle s'élève jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt au dessous de l'ombilic, car le pus est arrêté à ce niveau par la première travée fibreuse des muscles droits. Au début, la peau qui recouvre la tuméfaction conserve sa coloration normale ; la tumeur elle-même est arrondie, elle a la forme d'un ovale dont la grosse extrémité est près de l'ombilic et la petite voisine du bord supérieur de la symphyse ; elle est de consistance élastique et semble plonger vers la profondeur. On songe soit à la vessie distendue par l'urine, soit à un néoplasme de la paroi vésicale. Plus tard, la tumeur contracte des adhérences avec la peau qui peut prendre une teinte violacée. La rénitence primitive fait place à de la fluctuation nette dans la partie moyenne de la tumeur, tandis que sur ses bords la consistance est dure et résistante, ce qui correspond sans doute à une zone périphérique de myosite scléreuse. La lésion évolue ainsi en l'absence de tout phénomène de réaction avec une indolence parfois remarquable.

Notons que dans la plupart des observations la tumeur s'est développée sur la ligne médiane, malgré la présence du septum fibreux de la ligne blanche. « En l'absence de toute autopsie, on en est réduit à des suppositions, dit

Charpy, pour expliquer ces abcès médians ou devenus médians. »

Une pareille tumeur se déplace latéralement en même temps que la paroi abdominale avec laquelle elle fait corps. La contraction musculaire la fait saillir. Il n'y a aucun trouble urinaire; le toucher rectal ne révèle rien d'anormal dans le petit bassin. L'abcès tend à s'ouvrir au-dessous de l'ombilic. Le pus contient parfois des fragments de caillots et des fibres musculaires.

Si l'abcès est latéral, il se rapproche de la forme même du muscle et le diagnostic est plus simple.

Dans l'observation que nous citons, l'analyse bactériologique du pus n'a pas été faite, et nous ne pouvons évidemment affirmer qu'il s'agit là d'une suppuration à bacilles d'Eberth. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que l'abcès a évolué comme un véritable abcès froid.

D'ailleurs le bacille d'Eberth n'est probablement pas le seul agent pouvant produire des abcès froids musculaires chez les malades atteints de fièvre typhoïde. Supposons qu'un tuberculeux soit frappé par la dothiéntérie. Étant données les altérations musculaires qui ont été constatées pendant cette pyrexie, dégénérescence vitreuse (Zenker, Weber), granulo-vitreuse (Hayem), serait-il impossible que le bacille de Koch trouve au niveau des muscles dégénérés un lieu de moindre résistance favorable à sa colonisation ? Des recherches bactériologiques seules pourraient justifier cette hypothèse.

Moins fréquents peut-être sont les abcès froids de l'espace rétro-musculaire de la gaine des droits. Cependant nous en avons rencontré deux observations intéressantes.

De ces deux abcès, tous deux hypogastriques, l'un avait pris naissance spontanément dans le tissu cellulo-graisseux de la fosse rétro-musculaire ; l'autre était consécutif à une ostéite du pubis. Ces lésions étaient probablement de nature tuberculeuse.

Dans le premier cas, la symptomatologie de l'affection est la suivante :

Le malade, pouvant présenter des antédédents tuberculeux, mais n'ayant souvent subi aucun traumatisme, s'aperçoit d'une tumeur de consistance dure située au-dessus de la symphyse pubienne, sur la ligne médiane. Cette tumeur indolente se développe lentement, sans provoquer la moindre réaction inflammatoire. La peau à son niveau est normale et ne présente ni rougeur ni adhérence.

Cette tuméfaction est de forme ovale, la grosse extrémité en haut. Elle fait corps avec la paroi abdominale avec laquelle elle se déplace surtout dans sa partie supérieure, tandis qu'inférieurement elle adhère au bord supérieur de la symphyse pubienne. Cependant si la tumeur est volumineuse, le palper abdominal ne donne aucun renseignement précis et la tumeur peut paraître située plus profondément, dans l'espace prévésical. La contraction musculaire tend à effacer la tuméfaction.

Il n'y a pas de troubles de la défécation ; ceux de la miction sont tardifs, peu marqués ou nuls. Le toucher rectal donne des résultats négatifs.

Le pus qui se forme ainsi dans la couche profonde de la gaine des droits gagne en général la périphérie en traversant le muscle. Ce pus s'épanche alors à travers les

perforations musculaires sous la paroi antérieure de la gaine, dans le tissu cellulaire pré musculaire. On constate alors de la fluctuation superficielle en des points limités de la tumeur, et, au niveau des orifices de communication du double foyer purulent, des parties dures en rapport avec de la myosite scléreuse. Si l'on intervient dans ces conditions, le pus s'écoule après incision du feuillet antérieur de la gaine des muscles droits.

La suppuration peut envahir la fosse rétro-musculaire et avoir pour point de départ une ostéite du pubis. Notre observation VI en est un exemple. Cet abcès ossifluent a suivi une marche assez inattendue. Parti du pubis gauche le pus a franchi le septum médian qui sépare en deux loges latérales et symétriques l'espace supra-pubien, et, cheminant sous le muscle droit du côté opposé au point de départ, il est venu se faire jour au bord externe de ce même muscle en détruisant très probablement aussi la barrière constituée par l'aileron latéral de la gaine. C'est à ce moment qu'une tumeur apparut dans la partie droite de la région hypogastrique au-dessus du pubis, trois mois après une série de traumatismes qu'on peut considérer comme la cause occasionnelle de la lésion osseuse. Cette tumeur avait bien les allures de tout abcès froid : évolution lente, en l'absence de toute douleur, de toute réaction inflammatoire.

Ainsi, tout le temps que le pus demeura enfermé dans la fosse rétro-musculaire, aucun symptôme n'en révéla la présence. Lorsqu'il vint se collecter superficiellement, la fluctuation, jointe aux signes précédents, permit de faire le diagnostic de l'affection.

Des abcès par congestion peuvent avoir pour point de départ les côtes ou le sternum, et comme les muscles droits s'insèrent à la partie antérieure du thorax, comme d'autre part l'espace rétro-musculaire s'étend librement des côtes au pubis, cet espace peut-être complètement envahi par des fusées purulentes. « On a vu, dit Roser (1), le pus s'avancer derrière le muscle droit jusqu'à la symphyse ».

III

ABCÈS DU TISSU CELLULAIRE PRÉ-PÉRITONÉAL

La structure de cette couche profonde de la paroi de l'abdomen est complexe. Nous devons la bien connaître afin de pouvoir interpréter sagement les faits pathologiques.

Nous ne pouvons mieux faire dans ce but que de nous inspirer des recherches récentes de Charpy et de Delbet qui critiquent et résument tous les travaux antérieurs.

Derrière les muscles droits et leur gaine, le grand espace qui est en avant du péritoine est subdivisé en deux espaces secondaires par une lame conjonctive qui cache l'ouraqua et la vessie, et qui est connue sous le nom de *fascia propria*.

Ce fascia propria, Charpy l'appelle *feuillet prévésical* et Delbet *aponévrose ombilico-vésicale*. C'est un rideau triangulaire dont la pointe tronquée se fixe à l'ombilic et

(1) Roser. *Pathologie chirurgicale*. Trad. 1871. p. 286.

dont la base curviligne repose sur l'aponévrose périnéale supérieure. Sur les côtés, ce feuillet dépassant à peine les artères ombilicales finit en s'accolant au péritoine, et, en bas, vient se souder à l'aponévrose de l'obturateur interne. D'après Delbet, ce feuillet aponévrotique fait partie de la paroi de la vessie en avant.

Ce feuillet ombilico-vésical sépare deux espaces : l'un en avant qui est la *cavité prévésicale*, l'autre postérieur, qui est l'*espace sous-péritonéal*.

La cavité prévésicale est un espace cellulaire de forme triangulaire qui s'étend de l'ombilic au plancher du bassin, se prolonge en cul-de-sac le long de la prostate, mais ne va jamais en arrière jusqu'au rectum (Delbet). Le bord supérieur du pubis le divise en deux parties : une supérieure ou pré-ouracale, qui est derrière le muscle droit, une inférieure ou prévésicale, qui est derrière la symphyse. Delbet décrit même au niveau du bord supérieur de la symphyse une toile cellulaire horizontale tendue de la face postérieure de la gaine du muscle droit à la paroi de la vessie.

De plus, pour Charpy, une cloison médiane constante, placée de champ, va du fascia prévésical à la ligne blanche et à la symphyse. Delbet n'a jamais observé cette disposition.

Tout cet espace prévésical est une cavité cellulaire virtuelle comblée par un tissu lâche, très délicat.

La cavité décrite en 1856 par l'anatomiste suédois Retzius en avant de la vessie n'existe pas. La cavité de Retzius, c'est l'espace prévésical, c'est-à-dire tout ce qui est en avant du feuillet ombilico-vésical à l'hypogastre.

Entre cette aponévrose ombilico-vésical et le péritoine se trouve un espace celluleux, une loge celluleuse, qui est l'espace sous-péritonéal. Le péritoine adhère à la vessie en arrière, comme le fait le feuillet aponévrotique en avant. La loge celluleuse sous-péritonéale est fermée et ne communique en aucun point avec la cavité prévésicale; elle renferme l'ouraque et les artères ombilicales; elle est de forme triangulaire: son sommet est à l'ombilic et sa base à la vessie. Celle-ci en se distendant ne se développe pas dans cette loge celluleuse; c'est dans la cavité prévésicale qu'elle se développe (Delbet).

Muni de ces notions anatomiques, nous pouvons aborder l'étude des abcès froids profonds de la paroi de l'abdomen.

En 1877, Heurtaux (1) décrivit sous le nom de plegmon sous-ombilical, « une tumeur inflammatoire bien circonscrite, médiane et symétrique, ayant la forme d'un ovale, ou plutôt d'une demi-ellipse dont la base occupe le niveau de l'ombilic, tandis que le sommet arrondi, situé en bas, s'avance plus ou moins dans l'hypogastre, sans arriver jusqu'au pubis. Dans tous les cas observés, la tumeur était profondément placée dans la paroi du ventre, et d'une façon identique. »

Heurtaux range parmi les phlegmons tous les abcès sous-ombilicaux qu'il a observés. Cependant, la marche lente et chronique de certaines de ces tumeurs semble montrer qu'il a eu affaire à des abcès froids. Tel est, par exemple, le cas pour l'observation IV de son Mémoire :

(1) Heurtaux : *Bull. soc. chir.*, 1877.

Un jeune homme de 17 ans a eu, à l'âge de 7 ans, une fièvre typhoïde grave vers la fin de laquelle un phlegmon s'est formé au-dessous de l'ombilic. Le foyer abandonné à lui-même s'est ouvert par la partie inférieure de la cicatrice ombilicale ; il en est sorti beaucoup de pus. Depuis cette époque, le trajet à toujours fourni un pus jaunâtre ou grisâtre..... Quelquefois il se fait une obturation de l'ouverture pendant un temps qui varie de 2 à 15 jours, et alors surviennent une tension de la paroi abdominale, des douleurs ; puis l'orifice de la fistule est débouché, il s'écoule une certaine quantité de pus et les accidents se calment... Deux ans après, ce jeune homme mourait de phthisie pulmonaire.

Abcès froid éberthien ou tuberculeux ; en tous cas, il est difficile de voir là un foyer phlegmoneux véritable.

D'ailleurs l'année même ou parut le travail de Heurtaux, Richelot publiait un fait qui ne laisse aucun doute sur l'existence de ces abcès froids sous-ombilicaux bien distincts des phlegmons. Nous reproduisons le cas de Richelot (Obs. VII).

La tumeur a une forme bien définie, qui est du reste celle décrite par Heurtaux. Elle est médiane et symétrique, ovale ou demi-elliptique ; sa base affleure la cicatrice ombilicale, ses bords latéraux sont très nets ; son sommet arrondi et moins distinct s'avance dans l'hypogastre sans arriver jusqu'au pubis. La suppuration se fait jour à l'ombilic ou dans un autre point ; la quantité de pus est très modérée ; les accidents n'ont pas grande violence.

Après l'ouverture du foyer à l'ombilic, par exemple, on peut explorer la cavité dans tous les sens à l'aide d'un

stylet courbé, en reconnaître les limites et la forme. On trouve une loge aplatie d'avant en arrière, demi-elliptique, dont la base est une ligne droite horizontale qui se prolonge de 3 ou 4 centimètres à droite et à gauche de l'ombilic, le sommet de la courbe descend à 6, 7, 8 centimètres au-dessous du même point, les bords sont à peu près à égale distance de la ligne médiane, mais la symétrie n'est pas absolue (Richelot).

L'observation de Richelot n'est pas isolée. Verneuil a été témoin d'un fait analogue. Une religieuse de la Pitié, présentant des antécédents scrofuleux, se fait une contusion à la région sous-ombilicale. Une vaste collection purulente se développe à ce niveau. La tumeur rappelle les abcès de Heurtaux. Cependant Verneuil hésite, quant à la nature de l'accident. La malade est opérée ; du pus blanc laiteux s'écoule ; une fistule persistante s'établit. La patiente meurt peu après de phthisie pulmonaire.

Il est fort probable qu'il s'agissait là d'un foyer tuberculeux.

Pour expliquer la localisation spéciale de ces tumeurs inflammatoires sous-ombilicales, Heurtaux invoque une disposition particulière des feuillet aponévrotiques ; il admet la présence d'une lamelle fibreuse transversale, qui renforcerait le tissu sous-péritonéal, d'un *fascia infra-umbilicalis* adhérent à la gaine postérieure des muscles droits, et l'existence au-dessous de l'ombilic, chez certains sujets du moins, d'une cavité qu'il a proposé d'appeler la loge sous-ombilicale.

Ces données anatomiques n'ont pas été confirmées.

D'après Charpy, le siège de l'abcès sous-ombilical de Heurtaux est contre la face postérieure de l'enveloppe des droits. En arrière, il est limité par le péritoine de chaque côté, et au milieu par le feuillet ombilico-vésical ou *fascia propria* qui, accompagnant l'ouraque et les artères ombilicales, vient avec eux se fixer à l'ombilic. Il est donc en partie pré-péritonéal et en partie pré-fascial.

« Il n'y a pas de *fascia infra-umbilicalis* autre que le fascia pré-ouracal. Il n'y a pas non plus de loge sous-ombilicale ».

L'abcès sous-ombilical se développe dans la partie haute de l'espace prévésical, dans la nappe celluleuse qui sépare le fascia ombilico-vésical de la gaine des muscles droits.

Quant à la forme en demi-ellipse à base en haut, elle est due, dit Charpy, aux adhérences du péritoine qui est très adhérent aux-dessus de l'ombilic et au bord externe du droit. Aussitôt que la gaine cesse d'être fibreuse, les adhérences deviennent lâches, l'abcès arrêté horizontalement vers l'ombilic et verticalement sur les côtés des muscles, s'étend en bas. D'ordinaire il est circonscrit, bridé inférieurement par des lésions inflammatoires, des infiltrations plastiques qui le limitent à la région sous-ombilicale.

Mais lorsque le processus inflammatoire a une marche envahissante, cette limite est franchie et le pus tend à gagner la base de l'espace prévésical.

C'est ce qui eut lieu chez la petite malade dont Taylor rapporte l'histoire (Obs. VIII). Chez elle, un abcès péri-

ombilical apparut à la suite de symptômes d'embarras gastrique, vomissements et diarrhée. Remarquons que chez le malade de Richelot, c'est aussi à la suite d'efforts de vomissements, pendant lesquels il avait ressenti une vive douleur à l'ombilic, que l'abcès sous-ombilical se montra. Il semble que les contractions de la paroi abdominale qui accompagnent les efforts de vomissements créent une sorte de traumatisme favorisant la pullulation des bacilles en cette région.

Chez la petite malade de Taylor, l'abcès ombilical se forma sur un terrain des plus misérables, dans le cours d'une tuberculose généralisée. Aussi prit-il des allures envahissantes ; le pus ne se collecta pas sous l'ombilic, il se répandit dans toute la partie sus-pubienne de la cavité prévésicale, et l'autopsie, qui révéla de multiples lésions tuberculeuses des organes, montra que l'abcès abdominal s'étendait jusqu'au niveau du pubis, arrêté là très probablement par la toile celluleuse horizontale que Delbet a fait connaître.

Cet abcès présenta plutôt, d'après l'observation, des caractères subaigus ; nous pensons que ce fait est dû à ce qu'au bacille de Koch s'étaient associés, ainsi qu'il arrive fréquemment, les microbes de la suppuration. Le pus était celui des foyers créés par les agents pyogènes.

Quant aux symptômes généraux graves notés dans l'observation, ils s'expliquent assez par l'étendue des lésions.

Nous venons de voir des collections purulentes envahissant l'espace prévésical de haut en bas, de l'ombilic vers le pubis. Elles peuvent suivre un trajet in-

verse et se diriger du petit bassin, c'est-à-dire de la base de la cavité prévésicale, vers son sommet, c'est-à-dire vers l'ombilic.

Guéneau de Mussy a cité un cas (Obs. IX) où une tumeur blanche de la symphyse pubienne, évoluant insidieusement chez un malade, avait déversé dans l'espace prévésical une grande quantité de pus qui formait là un abcès considérable. La masse purulente gagna la région inguinale gauche où un abcès se forma et fut ouvert; il en résulta un trajet fistuleux par lequel un stylet pénétrait jusqu'à la symphyse. L'autopsie, qui démontra la lésion symphysaire, permit de constater que le pus avait perforé au-dessus de la vessie le feuillet péritonéal, que le foyer prévésical communiquait par une large ouverture avec la cavité péritonéale, et que le pus se serait épanché dans le péritoine sans un tampon formé par l'épiploon qui oblitérait cette ouverture.

La perforation du péritoine par les collections purulentes prévésicales ne paraît pas commune. D'ordinaire le pus s'échappe à travers la ligne blanche, et souvent remonte en avant de l'ouraque pour se faire jour à l'ombilic.

C'est ainsi que les choses se passèrent chez la petite fille de neuf ans, observée par Prescott Hewett (Obs. X). Cette enfant portait une ulcération tuberculeuse de la vessie. Quelque temps après le début des accidents, la malade fut prise de quelques symptômes fébriles et l'on vit se former une tumeur entre le pubis et l'ombilic. C'était un abcès qui finit par s'ouvrir à l'ombilic, et il s'en écoula du pus séreux. Mais les lésions étaient plus

complexes ; la petite malade succomba, et l'on vit à l'autopsie qu'il existait une double perforation de la vessie ; l'une, en arrière, communiquait avec le rectum, l'autre, en avant, donnait accès dans un vaste abcès froid de la cavité prévésicale. C'est le pus de ce foyer prévésical qui, suivant une marche ascendante, était venu se faire jour à l'ombilic.

Voici encore un cas d'abcès pelvien ouvert à l'ombilic. Il s'agit d'un malade du service de Guyon, dont l'observation a été publiée par Castaneda y Campos dans sa thèse (1878).

Ce malade entra le 30 juillet 1875, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, où il avait été traité précédemment pour une prostatite tuberculeuse. Il présente alors une tumeur dure, occupant la région vésicale, mais non causée par la rétention d'urine.

La palpation de la région hypogastrique fait aisément reconnaître cette tuméfaction considérable qui occupe toute l'étendue de la région. La tumeur, quoique très nettement dessinée, n'offre ni la tension, ni la forme globuleuse, la forme vésicale, en un mot, présentée par les autres malades.

Le 31 juillet, le toucher rectal fait constater la prostate volumineuse et une masse dure du côté du sacrum et à gauche. Le cathétérisme, pratiqué avec la sonde à béquille, ne dénonce aucune saillie dans la vessie ; l'urine sort purulente.

Le 31, l'abcès, situé près de l'ombilic, s'est ouvert à cette région. Le malade continue à uriner du pus.

Au commencement d'août, on note la diminution progressive de l'induration prévésicale ; la tumeur constatée au toucher rectal diminue aussi.

Le 28 août, un abcès apparaît et s'ouvre à la partie supérieure et interne de la cuisse. On incise cette collection purulente ; du

pus s'écoule très abondant du foyer qui semble communiquer avec le foyer intra-pelvien.

A partir de ce moment, une amélioration notable se produit dans l'état du malade.

L'abcès prévésical dont il est question dans cette observation n'est pas un abcès froid proprement dit, mais un de ces phlegmons chroniques à marche lente, sans réaction notable, qui se développent fréquemment autour des foyers tuberculeux. Dans le cas présent, il s'agit d'un phlegmon chronique qui s'est produit au voisinage immédiat d'un ancien foyer de prostatite tuberculeuse.

La malade opérée par Bardenheuer (obs. XI) offre également un remarquable exemple d'abcès prévésical chronique qui depuis plusieurs années forme une tumeur arrondie entre le bassin et l'ombilic : « Aujourd'hui, dit l'observation, la maladie est fébrile » ; ce qui semble prouver que la collection purulente s'est développée lentement, sans douleur, sans phénomènes de réaction, en un mot comme un véritable abcès froid qui s'est ouvert deux fois à la paroi abdominale : une première fois dans l'aîne gauche, une autre fois par l'ombilic ; enfin une ouverture spontanée se fit par le vagin.

L'appendice peut être le point de départ d'abcès prévésicaux. Tuffier a publié un fait de ce genre que nous avons tenu à reproduire en entier (obs. XII). Ce n'était pas, à vrai dire, un abcès froid que portait le malade de Tuffier, mais un abcès subaigu ; celui-ci avait pour origine des lésions de l'appendice évoluant depuis plusieurs années, et s'était développé lentement de la fosse iliaque

droite à la cavité prévésicale au milieu d'accidents qui en somme furent assez légers pour ne pas attirer l'attention du malade. Ce jeune homme ne s'était inquiété que lorsqu'un mois avant son entrée à l'hôpital il ressentit des douleurs accompagnées d'une tuméfaction de la région hypogastrique,

Cette observation offre un réel intérêt pratique, tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue thérapeutique, car elle montre, dit Tuffier, « qu'il ne faut pas se contenter de chercher du côté de la vessie ou de l'appareil urinaire l'origine de ces collections purulentes prévésicales, et qu'il ne faut pas négliger de regarder aussi du côté du tube digestif ».

Nous ne pensons point sortir absolument de notre cadre en citant l'observation curieuse qui figure dans la thèse de Gérardin, et que cet auteur a lui-même résumée de la façon suivante :

Un jeune homme reçoit une balle dans la fesse, pendant la campagne de 1870-1871, au mois de janvier 1871. Cette balle, dont l'orifice d'entrée se trouve situé au niveau de l'échancrure sciatique, ne peut être extraite. Le malade guérit et pendant six années la balle ne donne plus aucun signe de sa présence. Elle paraît s'être enkystée d'une façon définitive quelque part dans le tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal. Tout à coup, sous l'influence d'une cause occasionnelle qui nous échappe, peut-être d'une chute, il se forme une tumeur à évolution lente, entraînant après elle des troubles de la miction, tumeur siégeant dans la région hypogastrique, et donnant au toucher rectal une sensation de dureté que M. le professeur Paulet, appelé en consultation compare à celle des fibromes utérins. Le diagnostic d'abcès de la cavité de Retzius est écarté, et l'on s'arrête au

diagnostic d'ostéosarcome du bassin. Pendant de longs mois la tumeur grossit, et enfin menace de s'ouvrir spontanément à la paroi antérieure de l'abdomen. Un médecin pratique l'ouverture au moyen du caustique de Vienne ; il sort une quantité considérable de pus. Pendant de longs mois encore la suppuration persiste, et enfin le malade guérit.

Il s'agit donc là d'une inflammation chronique pelvienne, due à la présence d'un corps étranger dans le petit bassin, inflammation qui aboutit à la formation d'un abcès faisant saillie à la région hypogastrique. Ce phlegmon s'est développé lentement, insidieusement, presque sans manifestations générales, si ce n'est une altération marquée de la santé : phlegmon chronique, sans doute, mais dont les caractères rappellent singulièrement le mode d'évolution des abcès froids, et s'éloignent sensiblement de la marche rapide et des symptômes bruyants des véritables phlegmons abdominaux.

Recherchons maintenant les éléments du diagnostic des abcès froids profonds de la paroi abdominale.

Ce diagnostic ne sera complet que lorsqu'on aura résolu deux questions : 1^o l'abcès est-il bien situé dans la couche profonde pré-péritonéale ? 2^o quel est son point de départ, son lieu d'origine.

Nous ne reviendrons plus sur les abcès sous-ombili-caux : leur siège particulier, la forme qui leur est spéciale, sont des caractères suffisamment distinctifs.

Les difficultés diagnostiques sont autrement grandes pour les collections purulentes de la région hypogastrique.

Tout d'abord, une tuméfaction sus-pubienne qui s'est

produite en l'absence de tout phénomène inflammatoire, avec des allures insidieuses, comme dans les cas d'abcès froids, éveille l'idée d'une distension de la vessie par l'urine. Nous emprunterons au professeur Guyon (1), les éléments du diagnostic différentiel : le globe vésical distendu est régulier et rénitent. Si, d'autre part, on combine le toucher rectal avec le palper abdominal hypogastrique, on constate une véritable liberté du rectum, et l'on ne perçoit pas la sensation de poids donnée par la vessie distendue reposant sur le rectum ; enfin et surtout, la tumeur ne se modifie pas par le cathétérisme.

Quels sont maintenant les signes de l'abcès prévésical ? La peau de la région hypogastrique est tendue, sans changement de coloration. La tumeur est arrondie, exactement médiane ; elle remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; en bas, elle plonge dans le petit bassin et se perd derrière le pubis. Elle est mate dans toute son étendue. Les muscles droits contractés se tendent à sa surface. La palpation dénote de l'empâtement profond, parfois de la fluctuation, au lieu de la rénitence vésicale ; des bosselures, des irrégularités, surtout sur les parties latérales (Guyon), au lieu de la régularité qu'offre la vessie distendue. Les troubles de la miction sont fréquents, accentués ou atténués ; néanmoins, ils ne sont pas constants.

Mais beaucoup de ces caractères sont aussi ceux des abcès de la fosse rétro-musculaire. Pour établir la distinction, le toucher rectal a une importance capitale.

(1) Guyon : *Gazette des hôpitaux*, juillet 1879.

L'exploration par le rectum permet en effet de reconnaître que la tumeur descend plus ou moins bas derrière le pubis, qu'elle occupe la cavité prévésicale ; elle fait constater l'état de la plupart des organes pelviens, en particulier de la prostate et de la vessie.

L'état de ces deux organes pourra quelquefois éclairer la seconde partie du diagnostic : l'origine de l'abcès. Les observations que nous avons analysées plus haut donnent à cet égard un certain nombre d'indications ; elles nous apprennent qu'il faut chercher non seulement du côté des voies urinaires, mais aussi du côté du pubis, et qu'il importe de ne pas négliger, dans ces investigations cliniques, le cœcum et son appendice.

Charpy pense qu'il y a des caractères propres aux abcès sous-péritonéaux. Nous n'avons rencontré aucune observation relative à de pareils abcès. Nous doutons fort d'ailleurs qu'on puisse les distinguer cliniquement des collections purulentes de l'espace prévésical.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il ne peut être question ici de toutes les tumeurs qui, des profondeurs de la cavité abdominale, peuvent venir faire saillie à la paroi antérieure : péritonites enkystées, kystes de l'ovaire, etc. Ces tumeurs ont d'ailleurs leur symptomatologie distincte.

Nous nous en tiendrons aux tumeurs pariétales de l'abdomen ; et encore, parmi celles-ci, nous éliminerons les tumeurs solides, après avoir seulement signalé les lipomes qui, étant parfois le siège d'une sorte de fluctuation, peuvent prêter à la confusion.

Les tumeurs liquides seules de la paroi doivent nous occuper au point de vue du diagnostic différentiel.

Dans les pages qui précèdent, nous avons considéré comme fait le diagnostic d'abcès froids, et nous nous sommes attaché exclusivement à rechercher les caractères spéciaux de leur localisation dans les divers plans, les différentes couches de la paroi de l'abdomen.

Mais ce diagnostic des abcès froids en lui-même présente bien souvent des écueils : nombreuses sont les tumeurs qui, occupant les mêmes régions, ont avec eux des analogies et peuvent les simuler. Ce sont celles-ci que nous nous proposons de passer en revue, en les marquant, s'il est possible, des signes qui leurs sont propres.

La paroi abdominale « peut être le siège d'une tuméfaction vague, diffuse, presque indolente, sorte de phlegmon chronique marchant lentement vers le ramollissement et la suppuration. C'est un large gâteau induré à contours mal délimités, faisant corps avec la paroi. Il est extrêmement probable que vous avez alors affaire à une *gomme syphilitique* » (1).

Ces néoplasmes syphilitiques prennent rarement naissance dans la couche musculaire ; du moins les observations en sont très rares. Thévenet dans sa thèse (1858) en rapporte un cas observé dans le service de Nélaton ; encore n'est-il guère probant : la tumeur siégeait dans la région abdominale gauche voisine de l'ombilic. Nélaton diagnostiqua par exclusion une gomme syphilitique du muscle grand droit et institua le traitement. Mais la malade n'a pas été revue.

Les commémoratifs, la recherche des stigmates de la syphilis, l'action du traitement spécifique pourraient lever tous les doutes.

Il existe un certain nombre d'observations de *kystes hydatiques* superficiels et profonds de la paroi de l'abdomen (2). Marguet rapporte un cas de kyste hydatique du grand oblique (Péan), du petit oblique (Legrand) ; deux autres fois le siège n'a pu être précisé. On a vu également des kystes hydatiques des muscles droits (observations de Teewan, Giraldès, Verneuil). Moutet a décrit des kystes hydatiques sous-péritonéaux.

(1) Tillaux : *Traité de chirurgie clinique*, II, 25.

(2) Moutet : *Montpellier médical*, 1871, XXVII, 456. — Marguet : Thèse (1888).

Ce sont des tumeurs qui évoluent avec une lenteur extrême, pendant des années, en restant indolentes, sans provoquer de réaction locale ou générale. A leur surface la peau est amincie, mais ne présente ni œdème, ni empâtement. La tuméfaction est mate, élastique ou fluctuante, et transmet parfois au doigt une sensation particulière de frémissement. La ponction exploratrice donne tantôt un liquide transparent, limpide et clair comme de l'eau de roche, tantôt un liquide séreux, transparent, un peu jaunâtre, tantôt un liquide clair jaune paille. A l'examen microscopique on y rencontre quelquefois soit des membranes hydatiques, soit des crochets caractéristiques.

D'après Luschka (1) il existe dans la région sous-ombilicale une portion d'ouraque perméable. Ce vestige de l'ouraque, que l'on trouve dans l'intérieur du ligament médian de la vessie, même chez l'adulte, est parfois muni de *nombreux diverticules* lui donnant un aspect noueux et pouvant s'étrangler et former des kystes distincts. On ne peut confondre avec les abcès sous-ombilicaux ces kystes diverticulaires de l'ouraque qui doivent être d'ailleurs fort rares.

Le diagnostic différentiel est particulièrement embarrassant à la région hypogastrique.

Si tout est normal, le réservoir vésical distendu par l'urine peut être reconnu, ainsi que nous l'avons vu. Mais la vessie a pu être prise pour une tumeur, et ponctionnée ou ouverte comme telle, soit par suite d'une ano-

(1) Virchow's Archiv., Band 23, Hefte. I.

malie, soit par suite de la présence dans son intérieur de calculs volumineux formant tumeur à l'hypogastre, soit enfin à cause du développement d'un abcès dans sa paroi.

La vessie peut présenter anormalement, en effet, à sa face antérieure, un diverticule accessoire dans lequel l'urine s'accumule et fait tumeur sans pouvoir jamais être complètement évacuée (faits de Velpeau, de Waren Green).

Un diverticule peut aussi être créé accidentellement par une tumeur du petit bassin qui, venant presser en un point sur la vessie, la divise en deux cavités inégales. Dans l'une d'elles, l'urine s'accumule et forme une tumeur que le cathétérisme ne fait pas disparaître.

« Dans ces cas difficiles où l'exploration de la tumeur, ses caractères ne permettent pas de se prononcer et laissent planer un doute sur sa nature, il serait bon, dit Bouilly, de tenir compte exactement de la quantité d'urine émise spontanément ou retirée par le cathétérisme toutes les 24 heures, et si cette quantité reste par trop inférieure au chiffre physiologique moyen, on est en droit de supposer que la vessie fonctionne incomplètement et pourrait bien constituer la tumeur. »

Czerny a publié récemment (1) un cas de diverticule vésical dont il put faire le diagnostic dans les conditions suivantes : Un homme de trente ans, quatre mois après une chute à califourchon sur une poutre, présente entre

(1) *Beitrag z. klin Chir.*, XIX, 4 (Travail analysé dans la *Semaine Médicale*, 29 décembre 1897).

autres symptômes, une cystite ammoniacale intense.

A l'exploration on constate la présence d'une tumeur grosse comme une pomme à gauche de la vessie, et l'on remarque qu'en pressant sur cette tumeur on donne issue à une urine particulièrement fétide, même lorsqu'on avait au préalable vidé la vessie par le cathétérisme.

Czerny conclut de ce symptôme qu'on avait affaire à un diverticule vésical, et il suppose que la cystite était entretenue par la présence d'un calcul vésical dans ce diverticule. Il pratiqua la résection de ce diverticule : diverticule congénital de la vessie, croit-il, qui avait participé d'une façon particulière à la cystite consécutive au traumatisme.

La vessie peut être distendue, non par l'urine, mais par un calcul de grandes dimensions. Le Roy d'Etiolles (1) rapporte un fait de calcul vésical tellement volumineux qu'il avait la grosseur d'un œuf d'autruche. Cet énorme calcul déterminait une tumeur hypogastrique parfaitement appréciable à la palpation. Mais alors on aurait les troubles de la miction et les symptômes habituels du calcul vésical, qu'il est inutile de rappeler ici. L'exploration de la vessie renseignerait d'ailleurs d'une façon précise.

Supposons une volumineuse collection purulente distendant les parois vésicales, et faisant saillir la région sus-pubienne. Comment la distinguer d'un abcès prévésical ? « Dans ce cas, dit Bouilly, l'erreur n'est pas pré-

(1) Le Roy d'Etiolles : *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires* (1866).

judiciaire, puisque l'indication formelle est de donner issue au pus quelle que soit sa source primitive. »

L'hématome périvésical forme une tumeur hypogastrique située sur la ligne médiane. Il s'accompagne de douleur et de tension dans le bas-ventre ; il n'est pas fébrile, et par cela se rapproche de l'abcès froid. Mais il existe dans l'hématome un signe précieux : ce sont les ecchymoses. Un abcès froid peut sans doute, à un stade avancé de son évolution, contracter des adhérences avec la peau qui prend alors une coloration violacée. Dans l'hématome, les ecchymoses précèdent l'apparition de la tumeur ; dans l'observation rapportée par Castaneda, lorsque la tumeur est apparue, elles se sont effacées à un endroit pour se présenter à un autre, et ainsi de suite : elles se sont montrées tour à tour à l'ombilic, au mont de Vénus, à la verge, aux testicules, à la partie interne des cuisses.

Des *kystes hydatiques* ont été rencontrés dans les couches profondes de la paroi de l'hypogastre. Une observation de Richter (1) concerne un homme qui portait plusieurs kystes en diverses régions de l'abdomen. Il existe au voisinage de la vessie un sac à parois très épaisses qui fait songer à la vessie distendue par l'urine ; mais une incision donne issue à une grande quantité d'un liquide clair avec plusieurs hydatides volumineuses. Le kyste hydatique était situé sous le péritoine entre cette membrane et l'extrémité supérieure de la vessie ; on put l'énucléer complètement, et ce n'est qu'alors qu'on

(1) Observation tirée du *Journal de chirurgie de Christian Loder*, 1794, t. I (citée par Bouilly, thèse d'agrégation).

aperçut la vessie elle-même. Pendant la vie il n'y avait pas eu de troubles, ni de la miction, ni de la défécation.

Sur un cadavre d'homme de l'École pratique, Poirier (1) trouva une tumeur hydatique du volume d'un œuf de pigeon occupant le tissu cellulaire de la cavité de Retzius.

Dans des cas de ce genre, le diagnostic pourrait être basé sur les caractères que nous avons énumérés plus haut.

Ce n'est pas tout. Tuffier (2) a décrit des kystes hydatiques du petit bassin qui se développent dans le tissu cellulaire rétro-vésical, entre les vésicules séminales et le rectum, et se dirigent vers l'hypogastre où ils viennent faire saillie. Il a pu en réunir 74 observations.

L'évolution de ces tumeurs s'accompagne des phénomènes suivants : difficulté progressive de la miction pouvant aller jusqu'à la rétention d'urine ; souvent il y a fréquence de la miction. Malgré ces troubles vésicaux, les urines ne sont pas altérées et restent claires. Il s'agit en somme d'une sténose uréthrale par compression.

Le rectum est aussi progressivement comprimé : d'où selles rubanées et douleurs dans la région sacrée.

C'est longtemps après le début de ces symptômes fonctionnels que la tuméfaction apparaît à la région hypogastrique. Elle rappelle une vessie distendue par l'urine ; et de fait, on y songe d'autant plus qu'il y a rétention d'urine. « La tumeur est arrondie, lisse, dure,

(1) P. Poirier : *Progrès médical*, 1884.

(2) Tuffier : 5^e *Congrès de chirurgie*, p. 569.

mate et fixe. Elle se rapproche en haut de l'ombilic et elle descend dans l'excavation comme une tête fœtale engagée ; quelquefois elle empiète un peu sur l'une des fosses iliaques. La consistance est tellement ferme que la fluctuation est inappréciable par le seul palper abdominal. Exceptionnellement, on a constaté le frémissement hydatique. L'étude méthodique des plans de la paroi abdominale fait constater son siège rétro-pariétal ».

Le toucher rectal permet de sentir au-dessus de la prostate une saillie ronde, dure, indépendante de la paroi du rectum qui glisse à son niveau.

Le cathétérisme fait reconnaître que la vessie n'est pas en cause ; mais il est très difficile.

Ainsi la lenteur de l'évolution, le siège de la tumeur, la progression des troubles rectaux et vésicaux, l'importance de ces derniers, tous ces signes ne se rencontrent guère dans les abcès prévésicaux.

Dans deux des observations que nous rapportons des abcès froids furent pris pour des hernies : un abcès sous-ombilical, fut traité comme une hernie ombilicale, et un abcès par congestion d'origine pubienne fut confondue avec une hernie inguinale très probablement. Le siège particulier de la tumeur peut donc induire en erreur. Le cas échéant, il faudra par conséquent rechercher les signes propres aux hernies : une hernie réductible s'accompagne du gargouillement de l'entérocele, du froissement de l'épiplocèle, du choc digital à la toux. L'entérocele irréductible est rénitente ou ferme, l'épiplocèle irréductible est de consistance mollasse ; mais

jamais il n'y a de fluctuation. La marche de la maladie éclairera souvent le diagnostic.

Il nous reste à mentionner les *kystes séreux sous-péritonéaux*. Ces kystes constituaient une des variétés de cette espèce morbide si malencontreusement créée par Tulpius, désignée par lui sous le nom d'hydropisie enkystée du péritoine, et qui renfermait les affections les plus dissemblables : kystes hydatiques sous-péritonéaux, kystes de l'ovaire, péritonites enkystées, phlegmons et abcès froids de la paroi de l'abdomen.

Dans l'observation publiée par Chantourelle (1) il nous semble très probable qu'il s'agit d'un abcès froid de la paroi abdominale, et non d'un kyste séreux.

Néanmoins il ne nous paraît pas impossible que, dans certaines conditions, des collections séreuses puissent se développer dans le tissu lâche et délicat soit de la loge celluleuse sous-péritonéale, soit de la partie supérieure de l'espace prévésical. Les auteurs s'accordent à reconnaître que les femmes sont exclusivement sujettes à ces sortes d'hydropisies. La distension de l'abdomen par des grossesses répétées ne pourrait-elle pas favoriser la production de pareils épanchements séreux ?

La thèse de concours de Chassaignac (1851) contient quelques exemples de ces kystes séreux de la paroi abdominale.

En 1852, Beauchet communiquait à la Société anatomique un cas de tumeur très volumineuse remplie de liquide, qui avait été trouvée sur le cadavre d'une femme.

(1) Chantourelle : *Arch. gén. méd.* 1^{re} série XXVII, 223.

Cette tumeur occupait l'hypogastre et était placée au-dessous du péritoine. Le péritoine lui-même pouvait être décollé et il restait au-dessous un kyste volumineux probablement de nature séreuse.

Broca considéra cette tumeur comme un véritable exemple de l'hydropisie enkystée du péritoine, décrite par Boyer, et que l'on avait à tort, dit-il, rejetée depuis.

Quoi qu'il en soit les collections séreuses sont sous-péritonéales et indépendantes, par conséquent, du péritoine. La dénomination d'hydropisie enkystée du péritoine consacre une erreur et doit être rejetée.

Il existe dans la science quelques cas de ces kystes séreux profonds, occupant la cavité de Reizius ou, pour mieux dire, la partie rétro-pubienne de l'espace prévésical.

Un premier cas a été observé par Ramonet (1) chez un jeune soldat. Nous en donnons un résumé :

Tumeur siégeant à la région hypogastrique, volumineuse, beaucoup plus étendue à gauche de la ligne médiane qu'à droite, partant du pubis et montant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est globuleuse, mate, réintente, irréductible, médiocrement douloureuse à la pression. Elle donne la sensation d'une tumeur liquide bien que la fluctuation y soit peu sensible ; elle offre les apparences de la vessie distendue par l'urine. Le cathétérisme évacue la vessie et modifie à peine la tumeur.

Une première ponction donne issue à 380 gr. de liquide brun, couleur café au lait. Le malade s'en trouve bien.

(1) Ramonet, médecin major de 2^e classe : *Recueil de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire*, 1878.

Mais la tumeur se reproduit avec à peu près les mêmes caractères : elle est lisse, indolente, irréductible, globuleuse, mate, douée d'une rénitence semi-élastique, sans fluctuation perceptible, sans changement de couleur à la peau ; son enveloppe donne la sensation d'une coque assez épaisse et assez résistante. Mobilité extrême de la tumeur.

Deuxième ponction : 500 gr. de liquide offrant la couleur et la consistance du lait, inodore, albumineux, riche en sels alcalins ; quelques leucocytes. Pas de crochets d'échinocoques.

Le liquide se reproduit de nouveau.

Troisième ponction : 800 gr. de liquide contenant de nombreux leucocytes. Injection d'alcool à 45°.

Quatrième ponction : 500 gr. de liquide contenant de nombreux leucocytes. Injection de 50 gr. d'une solution d'iode et d'iodure de potassium. A la suite de cette injection le kyste s'enflamme et suppure. Des symptômes de péritonite se déclarent. On évacue le liquide purulent par des aspirations successives. Le malade a maigri et s'est anémié. Il sort de l'hôpital avec une tumeur persistante du volume du poing.

L'auteur attribue la maladie à un traumatisme, à un violent coup de pied reçu par le patient six mois auparavant à la région hypogastrique.

Il admet qu'il s'agissait d'un kyste sous-péritonéal développé très lentement dans la région hypogastrique, à contenu granulo-graisseux, dont les éléments primitivement séreux ont subi la métamorphose graisseuse.

Macarez, de son côté, rapporte dans sa thèse (Lille, 1881), une observation de kyste séreux de la loge de Retzius qui suppura et guérit. Nous la résumons également :

Enfant de 8 ans. Maigreur extrême, anémie profonde. Pas d'antécédents morbides appréciables. L'auscultation ne révèle rien.

Depuis 4 mois seulement, et sans qu'il y ait eu de coup, de chute, de traumatisme connu, la mère s'aperçoit de l'augmentation de volume du ventre de l'enfant.

Le volume de l'abdomen augmentant assez rapidement et la santé générale paraissant s'affaiblir, le petit malade est soumis à l'examen médical.

On constate une pâleur extrême, un état misérable. Le ventre est volumineux. Tumeur globuleuse, rénitente, mais manifestement fluctuante allant de la région sous-ombilicale jusqu'à l'hypogastre où elle s'enfonce. Matité absolue dans toute cette hauteur. Pas de coloration anormale de la peau. Pas de douleurs à la pression, pas de bosselures à la palpation. Pas de fièvre. Rien à noter du côté des urines.

Diagnostic : Kyste développé en dehors du péritoine, situé entre la paroi musculaire et la séreuse, et, en raison de sa position, on peut supposer qu'il a eu son point de départ dans la loge prévésicale.

Première ponction : trois litres d'un liquide séreux un peu brunâtre et un peu louche. La masse se réduit.

Le lendemain éclatent des symptômes de péritonite. Ces accidents durent 7 à 8 jours et s'apaisent. La rétraction de la poche commence.

Deuxième ponction : un quart de litre d'un liquide clair, peu coloré, à peine un peu louche.

Tout allait bien, quand trois abcès se forment autour de l'ombilic et un au milieu même de la cicatrice ombilicale. Par ce dernier s'écoule du pus, puis de la sérosité louche. Cet écoulement dure plusieurs semaines.

Enfin, la cicatrisation se complète et il ne reste bientôt plus qu'une tumeur allongée comme un œuf, située sur la ligne médiane, au voisinage de l'ombilic.

Ces deux faits paraissent être des exemples de kystes séreux rétro-pubiens. Une disposition anatomique parti-

culière de la région nous parait pouvoir expliquer le développement de ces collections séreuses.

La cavité prévésicale « renferme si peu de tissu cellulaire, dit Delbet, que ses parois, au moins dans sa partie inférieure, sont lisses et polies comme celles d'une bourse séreuse ». En un mot, cet auteur décrit « derrière le pubis, devant la vessie, une véritable bourse séreuse à parois lisses », et il attribue cette disposition particulière à certaines habitudes vésicales (mictions fréquentes; ampliation fréquente et peu considérable de la vessie).

Le kyste séreux rétro-pubien est donc, en somme, un hygroma chronique de la bourse séreuse prévésicale.

La tumeur se développe lentement, sans douleur, sans réaction inflammatoire locale, sans fièvre; elle est arrondie, globuleuse, mate, rénitente ou fluctuante; elle est parfois mobile, entourée d'une coque résistante et épaisse. Les troubles urinaires peuvent être nuls.

Ce sont, il faut le reconnaître, tous les symptômes de l'abcès froid. La ponction est-elle décisive? Au cas de kyste séreux, la ponction donne soit un liquide séreux un peu brunâtre, un peu louche ou café au lait, soit du liquide blanc laiteux. Mais on sait que les abcès froids tuberculeux du tissu cellulaire contiennent du liquide café au lait ou jaune clair. N'a-t-on pas trouvé ce contenu « limpide et séreux, la tumeur ressemblant alors à un kyste » (Lannelongue)? L'abcès froid sous-ombilical observé par Verneuil contenait du liquide blanc laiteux.

Le problème est épineux. Le cas de Macarez n'est-il pas plutôt un abcès froid prévésical?

Dans les cas douteux, la recherche du bacille (examen micrographique, cultures) s'impose.

TRAITEMENT

Un abcès froid de la paroi abdominale ayant été reconnu, il faut intervenir : l'indication est formelle.

Ces collections purulentes n'ont sans doute point grande tendance à s'épancher dans le péritoine ou dans les organes du bassin (vessie, rectum); elles peuvent, chez la femme, se faire jour dans le vagin. En général, le pus gagne la périphérie et perfore la paroi abdominale, soit à travers la ligne blanche, soit à travers les muscles, soit à l'ombilic. Boyer, Dance et Velpeau ont insisté sur ce mode d'ouverture spontanée au dehors des abcès de la paroi : ils l'attribuaient à la pression excentrique des intestins et viscères abdominaux.

Cependant cette terminaison naturelle, quoique relativement favorable, ne se fait pas sans des dégâts, parfois importants, dans les tissus traversés (fusées purulentes dans les espaces cellulaires lâches, dégénérescences des muscles, etc.)

Il faut donc intervenir.

Les topiques, cataplasmes, onguents, etc., sont des moyens inutiles et manifestement insuffisants. La terminaison par résolution des suppurations froides est problématique.

L'évacuation de la poche purulente suivie d'injection d'éther iodoformé est un procédé qui, préconisé par Verneuil, a souvent donné d'excellents résultats ; mais il a échoué entre les mains du docteur Leclerc (de Saint-Lô) qui a vu l'abcès se reformer et fut contraint d'avoir recours au bistouri.

L'incision au bistouri est donc la méthode de choix. Quand l'abcès siège sous la peau, l'opération est simple. Après incision et écoulement du pus, on fait un grattage à la curette tranchante des parois de l'abcès ; puis, lavage à la solution de chlorure de zinc à 10 0/0, drainage, suture partielle de la plaie ; pansement ouaté à l'iodoforme.

Au cas où la collection purulente reposerait sur une aponevrose, on rechercherait si celle-ci n'est pas perforée, s'il n'y a pas un foyer sous-jacent communiquant avec le premier par un orifice aponévrotique.

Si l'abcès siège dans un muscle, on pratique l'incision couche par couche jusqu'à ce que le foyer soit bien à découvert, et pour cela l'incision sera suffisamment étendue. Le raclage à la curette tranchante doit être fait avec la plus grande attention ; les lambeaux musculaires mortifiés seront excisés et soigneusement enlevés. On fera en sorte de dépasser largement les limites du mal. Les parties musculaires seront ensuite rapprochées, autant que possible, par quelques points de suture perdue au catgut. Lavage antiseptique ; pulvérisation d'iodoforme dans tous les plis et replis du foyer opératoire. Suture de l'aponevrose au crin de Florence. Suture de la peau ; drainage à la partie déclive de la plaie. Pansement iodoformé.

Lorsque le foyer inflammatoire est situé au voisinage

immédiat d'un rebord osseux (sternum, côtes, pubis) on devra toujours songer à l'ostéite comme point de départ possible de l'abcès froid, surtout s'il s'agit d'un abcès tuberculeux. « Il arrive assez souvent, dit Lannelongue (1), qu'après avoir fait le curettage de l'abcès, on ne trouve pas de dénudation osseuse ; mais qu'on cherche bien, avec soin et méthode, et neuf fois sur dix au moins, on finira par découvrir un petit pertuis dissimulé dans un coin, au milieu des muscles, dans une aponévrose, par où la compression fait découvrir parfois, fait sourdre de la matière caséuse ; cet orifice, souvent en cul de poule, conduit à l'os, au foyer primitif ».

Le traitement des abcès sous-ombilicaux doit être également l'incision sur la ligne médiane. En cas de trajet fistuleux, on fera une contre-ouverture au point le plus déclive, sur la sonde introduite de haut en bas par le trajet, et on placera un drain en anse de l'incision à l'ombilic.

Si la collection purulente siège dans l'espace prévésical, si elle est bien limitée au-dessus du pubis, une seule incision suffisamment large l'évacue aisément. Quand l'abcès est très élevé vers l'ombilic, il peut être avantageux de pratiquer une première incision dans le point le plus déclive pour l'écoulement du pus, et une autre plus haut placée pour faciliter les lavages. Enfin, dans le cas où l'abcès s'est ouvert spontanément au voisinage de l'ombilic, une contre-ouverture inférieure devient nécessaire.

(1) Lannelongue : *La tuberculose chirurgicale*, p. 57. (Encyclopédie Léauté).

Chez la femme, la contre-ouverture sera pratiquée à la partie antéro-supérieure du vagin, en évitant de perforer la vessie avec le trocart : c'est le drainage abdomino-vaginal.

Si, chez une femme, un abcès du petit bassin s'est ouvert au-dessus de l'arcade pubienne ou de l'arcade de Fallope, on fera la contre-ouverture au vagin, si elle ne s'y est point faite spontanément, et on tentera d'introduire un drain par l'ouverture abdominale jusque dans le vagin (Bardenheuer) : si c'est impossible, on placera des drains dans le vagin et dans l'orifice abdominal.

On doit se souvenir que les abcès prévésicaux sont la plupart du temps symptomatiques : le point de départ de la suppuration se trouve dans le voisinage (pubis, vessie, prostate, appendice) : il importe de la tarir dans sa source.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Abcès froid sous-cutané de la région hypogastrique (communiquée par M. le docteur LEJARS).

Molinier Léon, âgé de 22 ans, garçon d'hôtel, entré le 20 juillet 1897, à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin, lit n° 3.

Les parents du malade vivent encore et sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans ; le malade guérit sans complications. Blennorrhagie à 21 ans : guérison sans aucun accident.

Début et marche de la maladie. — Au mois de mai 1897, le malade remarque la présence d'une tuméfaction au niveau de sa région hypogastrique. Cette tuméfaction qui, au début, est perceptible seulement au-dessus de l'arcade pubienne, s'élève peu à peu en se développant dans la région hypogastrique.

Cette tumeur n'a été à aucune époque de son développement le siège de douleur ; elle était seulement le point de départ d'une sensation de gêne lorsque le malade faisait un effort violent, soulevait un fardeau.

Avant son entrée à l'hôpital, le malade dit n'avoir eu aucun trouble de la miction.

Etat actuel. — Le malade entre à l'hôpital Beaujon, le 20 juillet 1897. En inspectant la paroi abdominale antérieure, on voit une tumeur notablement saillante. Cette tumeur occupe les trois quarts inférieurs de la région hypogastrique qu'elle déborde

légèrement sur les côtés. Elle offre un aspect bilobé avec deux saillies latérales de la grosseur d'un œuf de poule environ, et une dépression médiane verticale qui sépare les deux masses latérales et paraît correspondre à la ligne blanche.

La paroi abdominale, qui ne présente aucune trace d'inflammation, est mobile sur cette tumeur.

Par la palpation, on délimite facilement cette tumeur en haut et latéralement ; mais, en bas, elle semble s'engager, plonger dans le petit bassin, derrière le pubis.

La palpation, qui n'est pas douloureuse, dénote aussi de la fluctuation nette.

A la percussion, on constate de la matité. La contraction musculaire ne modifie en rien la saillie formée par la tumeur.

Les organes que l'on peut explorer par le toucher rectal n'offrent rien d'anormal. Le malade ne présente toujours aucun trouble de la miction.

On se trouve, en somme, en présence d'une tumeur liquide indolente qui paraît siéger sous la paroi abdominale, en avant de la vessie, c'est-à-dire dans la cavité prévésicale de Retzius.

On porte le diagnostic de kyste séreux ou d'abcès froid de la cavité de Retzius.

Opération le 23 juillet. — Incision du ventre sur la ligne médiane au niveau de la tumeur : incision couche par couche. Après incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et d'un premier feuillet aponévrotique, on arrive sur une collection purulente située en avant de la gaine des muscles droits.

Evacuation du pus : grattage à la curette des parois de cet abcès froid ; lavage à la solution de chlorure de zinc à 1/10. Drainage, réunion partielle. Pansement iodoformé, ouaté.

Suites opératoires. — On continua ce même pansement pendant trois semaines, en ayant soin de diminuer chaque fois la longueur du drain. La plaie se combla peu à peu.

Au bout de trois semaines, on enleva définitivement le drain, et on appliqua un simple pansement au collodion iodoformé après

cautérisation légère des bords de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent.

Le malade, revu le 21 août, allait aussi bien que possible ; sa plaie, presque entièrement comblée, était en bonne voie de cicatrisation.

La température est restée constamment normale.

OBSERVATION II

Abcès froid de la paroi abdominale antérieure. - Myosite tuberculeuse.

(D^r LECLERC (de Saint-Lô), *Congrès français de chirurgie*, 1893).

Un collégien de 18 ans se présente à ma visite du 17 avril 1891, porteur d'une tuméfaction siégeant en dehors du grand droit gauche, tuméfaction de 6 centimètres de long sur 4 de large, dont le bord inférieur affleure une ligne fictive passant par l'ombilic. La peau est normale à ce niveau.

Par le palper, on a la sensation d'une plaque uniformément dure, non-mobile, ne subissant aucune modification de consistance sous l'influence des contractions musculaires. C'est par hasard, douze jours avant, que le jeune homme a remarqué cette tuméfaction, car il n'éprouve aucune douleur à la pression, aucune gêne dans la marche ou dans les exercices de gymnastique.

Je soupçonnai une tuberculose chirurgicale, mais sans pouvoir en apprécier les limites.

1^{er} mai. — Il existe au centre de la plaque une saillie de la grosseur d'une noix, fluctuante, peu douloureuse. Une ponction donne issue à 22 grammes de pus séreux. Injection d'éther iodoformé à 1/6.

18 mai. — Le malade n'a pas souffert et marche toujours sans la moindre difficulté. La saillie primitive s'est reformée.

Une nouvelle ponction donne 20 grammes de pus couleur chocolat clair. Nouvelle injection iodoformée.

27 mai. Opération sous le chloroforme.

La plaque du début n'a pas sensiblement augmenté comme dimensions; elle présente la forme d'un cœur de carte à jouer dont la pointe serait tournée en bas.

Une incision de 8 centimètres met à découvert un foyer rempli de fongosités. Ce foyer, limité en dedans par la gaine du droit, repose profondément sur l'aponévrose. Après avoir enlevé ces fongosités par le grattage, on trouve un orifice de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. L'aponévrose du grand oblique est incisée de haut en bas. On rencontre alors un foyer également plein de fongosités. En raclant toute cette collection avec la curette de Wolkman, on remarque en dehors deux lambeaux musculaires superposés, infiltrés de fongosités et d'un rouge noirâtre : c'est la portion la plus interne du petit oblique et du transverse en dégénérescence tuberculeuse. Profondément, ce second foyer est limité par le fascia sous-péritonéal absolument intact; à ce point, on sent qu'une mince lamelle sépare le doigt de la cavité abdominale.

Comme les lésions musculaires dépassaient notablement en haut les limites de l'incision primitive, je prolonge cette dernière de quelques centimètres vers la région épigastrique.

Tout en supposant que je me trouve en présence d'une myosite tuberculeuse, je tenais à vérifier l'état des cartilages costaux. L'examen le plus attentif du rebord costal, de la face antérieure et postérieure du cartilage composant ce rebord ne me donne aucun résultat. Il ne me restait donc plus qu'à exciser les portions musculaires malades.

Lavage du foyer opératoire; pulvérisation d'iodoforme dans tous les plis et replis, suture de l'aponévrose du grand oblique à la soie, précédée d'un point de suture profond au crin de Florence, passant par la partie médiane de l'incision. Suture de la peau. Drainage à la partie inférieure de l'incision. Pansement iodoformé.

30 mai. — Premier pansement. Drain rempli de caillots.

5 juin. — Ablation des points de suture, moins l'inférieur situé près du drain qui est remplacé.

8 juin. — Suppression du drain. Ablation du dernier point de suture.

29 juin. — Cicatrisation. Marche et course sans douleur. Suites opératoires bonnes. Température : 37°6.

Le malade, revu à la fin de 1892, était en état de santé parfaite.

OBSERVATION III

Abcès de la paroi abdominale.

(Observation recueillie par M. Archambault, externe, dans le service de M. le docteur LABRIC, à l'hôpital des Enfants-Malades. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1883).

B..., âgé de 7 ans, entre le 10 mars 1883 dans le service. — La mère, jeune encore, jouit d'une santé satisfaisante, mais le père est mort depuis peu phtisique, selon toutes les apparences.

L'enfant lui-même paraît fort et d'une bonne santé, mais autrefois il aurait présenté un écoulement de l'oreille droite qui n'aurait cédé qu'à un traitement anti-scrofuleux. Il y a un an, il est entré dans le même service pour une bronchite survenue à la suite de la rougeole.

Le petit malade présente au niveau du flanc droit des traces de l'application de pointes de feu. Il aurait eu également des fièvres intermittentes vers l'époque de l'application de ces pointes de feu.

Voici comment s'est développée l'affection pour laquelle il se présente à l'examen :

Il y a deux mois, sans cause qu'il soit possible de retrouver, l'enfant ressentit dans le flanc gauche des douleurs violentes qui durèrent une huitaine de jours, et furent assez fortes pour lui

faire garder un repos complet. A la suite, il se développa dans le flanc gauche une tumeur molle qui, douloureuse au début, cessa bientôt entièrement de l'être et ne sembla pas grossir beaucoup. Il y a six ou sept jours, les douleurs reparaissent plus vives et déterminent l'entrée à l'hôpital.

Examen du malade : dans le flanc gauche, à 10 centimètres en dehors et au niveau de l'ombilic, une tumeur saillante, arrondie, de la grosseur d'un œuf. C'est cette tumeur que le malade a vu se développer depuis deux mois. Elle est molle, très fluctuante, la palpation en est très douloureuse. La peau est tendue, luisante, amincie, mais ne présente qu'une légère coloration violacée.

Cette poche, limitée, repose sur un plan induré faisant corps avec la paroi abdominale et n'offrant pas de saillie appréciable à la vue.

Cette masse indurée est perçue alors qu'on presse énergiquement la tumeur fluctuante : le doigt semble s'enfoncer dans une cavité à bords épais et durs creusés à pic dans le plan de la paroi abdominale. La palpation pratiquée au pourtour de l'abcès fait reconnaître que cette tumeur fait partie de la paroi abdominale, bien que la peau soit mobile sur elle, et qu'elle ne présente aucun changement de coloration. Le substratum induré étendu de 5 à 6 centimètres au pourtour de la tumeur fluctuante offre partout la même consistance. La palpation à son niveau est assez douloureuse. Du reste, cette portion résistante fait manifestement partie de la paroi, car malgré l'induration, la percussion donne de la sonorité, et la rate est à sa place avec son volume habituel.

Le foie, resté normal comme volume et comme position, est séparé de la tumeur par une région où la percussion donne du son tympanique ; on ne peut donc songer à faire de cette tumeur une dépendance de l'organe hépatique.

En examinant la cage thoracique avec soin, on constate que l'empâtement des parois gagne l'extrémité libre des côtes, et que la palpation de la partie moyenne des huitième et neuvième côtes

détermine à ce niveau une très vive douleur. Du reste, aucun signe extérieur d'une affection osseuse de ces côtes ; pas d'empatement de la peau, pas de fistule.

L'auscultation ne révèle rien de particulier.

La tumeur ne dépendant d'aucun viscère abdominal (foie, rate, intestin), M. Labric pensa qu'il s'agissait là d'un abcès des parois abdominales, développé depuis deux mois, abcès froid par conséquent. Les commémoratifs spéciaux de douleur vive perçue il y a deux mois, les antécédents scrofuleux de notre malade permirent même de regarder comme probable l'existence d'une lésion osseuse costale, ayant amené la production d'un abcès ossifluent.

Tel fut également l'avis de M. le docteur de Saint-Germain qui, en conséquence, procéda à l'ouverture de la poche.

Une incision de 3 cent. laisse écouler une centaine de grammes d'un pus visqueux, demi-transparent, grisâtre, au milieu duquel nagent des grumeaux blanchâtres. Le doigt, introduit dans la poche, pénètre dans une cavité assez vaste, mais qui paraît close de toutes parts.

Il est impossible de reconnaître l'existence d'un trajet pouvant conduire à une côte envahie par une altération scrofuleuse.

Lavages phéniqués. Pansement de Lister, drainage. La guérison de cet abcès froid est très rapide. En quatre jours, les bords de la poche sont affaissés, recollés, et il ne s'écoule plus à l'extérieur qu'une faible quantité de pus. Huit jours après l'opération, la fistule était complètement fermée.

En même temps que la cicatrisation de la plaie se fait, les autres symptômes rétrocedent dans la même mesure. La douleur diminue et devient bientôt nulle : le substratum induré se résorbe et finit par disparaître. Cette induration très marquée au début, sorte de phlegmon chronique développé autour de l'abcès froid, devient peu à peu plus molle, et quand la guérison de la plaie est complète, la palpation fait reconnaître que les parois abdominales sont redevenues absolument souples et indolores.

Pendant toute la durée de ce traitement, l'état général se main-

tient très satisfaisant ; la fièvre fut nulle, le malade commençait à se lever, complètement guéri, quand sa guérison fut subitement entravée par des accidents de péritonite survenus brusquement et sans cause appréciable : fièvre intense, face grippée, yeux excavés, céphalalgie très vive, vomissements, ventre ballonné et excessivement douloureux.

Mais ces accidents ne durent que quelques jours, et le 17 avril, le malade sort de l'hôpital complètement rétabli. La plaie est fermée, et au moment de sa sortie, le malade n'offrait plus aucune douleur au niveau des côtes, jadis sensibles ; l'état général était des plus satisfaisants, ce qui semble permettre de considérer comme très douteuse l'origine costale de la collection purulente.

OBSERVATION IV

Abcès de la paroi abdominale (situé dans la gaine, en avant des muscles droits).

(Observation recueillie par M. Martens, médecin auxiliaire, à l'hôpital militaire de Termonde, dans le service de M. le médecin de bataillon Marsigny, *Arch. méd. belges*, 1886, 3^e série XXIX).

Il s'agit d'une complication d'un cas de fièvre typhoïde.

Le soldat porteur de l'affection dont il est question est le nommé Van A., âgé de 23 ans, entré à l'hôpital le 29 janvier 1885.

La fièvre typhoïde a évolué d'une façon à peu près classique.

La période d'état a été remarquable par sa longue durée. En effet, elle a débuté le 7 février pour ne prendre fin que le 16 mars. Elle a été marquée par une complication du côté des sphincters : incontinence de matières fécales et d'urine, nous obligeant à pratiquer deux fois par jour le cathétérisme.

Ces troubles persistent pendant une partie du 3^e stade de la

maladie, stade amphibole ou des oscillations décroissantes. Le 20 mars tout semble rentrer dans l'ordre.

Le 23 mars, le malade accuse de la douleur à l'hypogastre ; cette douleur se propage le long du cordon spermatique, jusqu'au testicule. Ce dernier organe est gonflé, douloureux, particulièrement au niveau de la tête de l'épididyme. Le scrotum est enflammé. Des applications d'onguent mercuriel ont bientôt amené la résolution de cette inflammation ; la douleur va en diminuant pour cesser totalement cinq jours après.

Le 1^{er} avril, notre attention est attirée par une reprise de douleurs que le malade a ressenties à la région hypogastrique. A l'inspection, nous constatons sur la ligne médiane de l'abdomen à 5 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, s'étendant jusqu'à égale distance de l'ombilic, la présence d'une tuméfaction très notable. Son diamètre est de 10 centimètres environ. La peau à ce niveau conserve ses caractères normaux. La pression accentue la douleur siégeant en cet endroit. Elle nous montre sous la peau une tumeur arrondie volumineuse, de consistance élastique, dont les parois semblent plonger à pic vers la profondeur ; la partie inférieure se perd sous les parois.

La peau n'est que très faiblement adhérente à la tumeur qui semble émaner de la vessie ; de plus l'absence de tout phénomène de réaction, l'indolence apparente du néoplasme, paraissent imposer le diagnostic de tumeur des parois vésicales.

Jusqu'au 23 avril, aucun changement ne survient dans cet état de choses. L'adhérence entre la peau et la tumeur s'est seulement accentuée.

L'application de cataplasmes et d'onguent mercuriel n'a donné aucun résultat. Les douches d'eau froide *loco dolenti* semblent dès l'abord modifier les caractères de la tumeur. En effet, après huit jours de ce traitement, au 1^{er} mai, on rencontre à côté de points durs, d'autres ramollis donnant une sensation de sourde fluctuation.

Le 3 mai, la fluctuation est devenue très manifeste ; une ponction donne issue à une gouttelette de liquide séro-purulent.

Traitement : onctions mercurielles, cataplasmes chauds.

Le 7 mai, la tumeur est complètement fluctuante. La peau n'est pas suffisamment amincie pour pouvoir espérer l'ouverture spontanée et à bref délai de la poche, et dans la crainte de voir une fusée purulente s'établir du côté de la cavité péritonéale, on décide d'ouvrir la tumeur au moyen du bistouri.

L'incision est faite couche par couche dans une étendue de 2 centimètres. Elle est située par le milieu de la ligne pubio-ombilicale à 4 centimètres à droite de la ligne médiane. Elle donne issue à un pus verdâtre, mal lié, dont la quantité peut être évaluée à un demi-litre.

La solution de continuité de la peau met à nu l'aponévrose d'enveloppe des muscles droits antérieurs de l'abdomen ; c'est l'ouverture de ce plan aponévrotique qui donne issue au contenu purulent de la tumeur.

Pas de traces de fibres musculaires. Nous nous trouvons donc en présence d'une myosite suppurative qui a détruit les muscles droits dans une étendue d'une dizaine de centimètres. Les feuillets aponévrotiques constituant la ligne blanche ont été décollés de façon à mettre en communication les deux loges fibreuses contenant les muscles droits antérieurs.

La poche mesure 6 centimètres de profondeur, sur un diamètre de 12 centimètres environ. Traitement : lavage de la cavité ; pansement phéniqué.

Le lendemain, 8 mai, la température du malade est de 38°2 le matin ; 39°3 le soir. L'état général ne laisse du reste rien à désirer.

Le 9 mai, toute réaction a disparu, la température est revenue à la normale.

Le pansement phéniqué est renouvelé pendant 8 jours. A ce moment les dimensions de la poche sont réduites de moitié à peu près. Mais ici se produit un état stationnaire contre lequel tous les moyens employés pour exciter le bourgeonnement des parois : décubitus du malade sur le ventre, compression, injections détersives de toutes espèces, sont restés sans efficacité.

Le recollement ne se fait pas, et la suppuration continue, sans subir de modifications, ni en quantité, ni en qualité.

Dans ces conditions, on ouvre largement la poche de haut en bas, sur une étendue de 8 centimètres. Cette incision laisse voir la fond de la cavité, tapissée de bourgeons flasques et livides.

Traitement : Raclage des parois, on bourre la poche de gaze iodoformée.

L'effet de ce pansement ne se fait pas attendre ; au bout de six jours, tout l'abcès est recouvert de beaux bourgeons charnus.

Les parois sont alors mises en contact par une compression graduelle. En trois jours, la partie gauche de la poche est comblée, et le décollement à droite se réduit à 3 centimètres. Il y a lieu d'espérer que la malade quittera bientôt l'hôpital, complètement rétabli.

OBSERVATION V

Abcès froid de la gaine des muscles droits (espace retro-musculaire).

(LEUSSER, *Arch. f. Klin. Chirurgie*, Berlin 1883, XXXII.)

L... âgé de 50 ans, tailleur, entre le 30 novembre 1884 à « Julius-Hospital », à Wursbourg. Père mort après une courte maladie à l'âge de 42 ans. Mère morte hydropique. Huit frères et sœurs sont vivants et se portent bien. Le sujet a toujours joui d'une bonne santé, ainsi que ses quatre enfants et sa femme. Il y aurait eu des membres de sa famille atteints de tumeurs.

En mars 1884, le malade s'apercevait de l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une noix, de consistance dure, située au-dessus de la symphyse, juste sur la ligne médiane, tumeur qui grossissait lentement et sans douleur. En juin 1884 elle était un peu plus volumineuse qu'un œuf de poule, et augmentait en-

suite plus rapidement. Jamais de difficulté de la défécation et de la miction. La présence de sa tumeur ne causait d'ailleurs au patient aucun malaise. Il prétend ne pas avoir maigri. Pas de fièvre ; pas de traumatisme dans ses antécédents pathologiques.

État actuel. — Assez maigre ; néanmoins, apparences d'une bonne santé. Poumons et cœur sains. Dans la région hypogastrique, au niveau de la symphyse, une tumeur d'environ [un demi centimètre de surélévation au-dessus du niveau de la peau apparaissait aussi bien dans la station verticale que dans la position assise et dans le décubitus. La tuméfaction n'était pas partout égale : au bord gauche, on remarquait deux saillies plus fortes qui se distinguaient aussi par une résistance moindre que le reste de la tumeur. La peau, à ce niveau était normale, et ne présentait ni rougeur ni adhérence. La tumeur était plus résistante pendant la station verticale que pendant le décubitus, d'une consistance dure, sans fluctuation ; pendant le décubitus, elle présentait de la pseudo-fluctuation qui se rapprochait de la sensation de fluctuation aux deux endroits saillants, cités plus haut. La tumeur, qui ne pouvait être déplacée qu'avec la paroi abdominale, avait une hauteur de 14 centimètres, une largeur de 11 centimètres, et une forme ovale. Sur son bord gauche, il y avait deux endroits, chacun de la grandeur d'une pièce de deux marks, qui s'élevaient un peu au-dessus du niveau de la tumeur principale, et que la toux faisait saillir. Quand le patient respirait tranquillement et qu'on pressait avec le doigt sur l'un de ces deux points, on sentait, au niveau du plus élevé de ces deux points, une excavation limitée par un anneau dur et tendu ; au niveau de l'autre, la délimitation n'était pas si nette. D'ailleurs la résistance en ce dernier point était plus grande ; tandis que la palpation au niveau de l'anneau situé plus haut donne la sensation d'un orifice de hernie, sans pourtant permettre la pénétration du doigt jusque dans la cavité abdominale.

La pression exercée sur le bord gauche de la tumeur était douloureuse, surtout au niveau des deux endroits plus mous ;

sur les parties dures, au contraire, on ne constatait aucune douleur à la pression.

La percussion sur les limites de la tumeur donnait de la sonorité due à la présence de l'intestin ; au niveau des parties dures de la tumeur on constatait de la submatité, et du tympanisme au niveau des parties molles.

Le toucher rectal ne dénotait rien d'anormal dans le petit bassin ; rien en arrière de la vessie. La défécation et la miction s'effectuaient régulièrement. L'urine avait une couleur jaune clair ; elle était limpide ; ni mucus, ni sang, ni albumine, ni glucose. Les ganglions de l'aîne n'étaient pas tuméfiés ; le foie n'était pas douloureux à la pression.

La tumeur, qui ne pouvait se déplacer qu'avec la paroi abdominale faisait corps à sa partie inférieure avec le bord supérieur de la symphyse pubienne ; et la palpation ne permettait pas de l'en séparer. La paroi abdominale était normale au-dessus de la tumeur.

Opération le 22 novembre 1884. — La veille, évacuations abondantes. Le jour de l'opération, on fit une ponction avec la seringue de Pravaz, et on retira du pus mal lié, jaune, inodore. On incisa ensuite couche par couche la peau, le tissu cellulaire sous-cutané assez abondant, et le *fascia superficialis*.

De la limite supérieure de l'incision il s'écoula un peu de pus. Ce pus s'écoulait après incision de la gaine musculaire, quand on pressait un peu sur la ligne blanche. Après évacuation du pus dont la quantité était de un quart de litre environ, apparaissait une cavité tapissée d'une membrane pyogénique foncée et molle.

C'était le *fascia transversalis* qui en formait le fond. Le doigt pouvait toucher facilement le bord supérieur de la symphyse, mais n'arriverait pas à s'engager derrière cette symphyse. Les deux petites tumeurs saillantes étudiées plus haut correspondaient à des perforations des muscles droits. La supérieure communiquait largement avec la cavité de l'abcès, et son contenu s'échappait en même temps que le contenu du grand

abcès. L'autre saillie, plus résistante à la palpation était en communication avec la cavité de l'abcès par une fistule très étroite, et contenait un peu de pus fluide et une petite quantité de matière caséeuse. Le tissu musculaire était brunâtre. La cavité de l'abcès fut prudemment grattée avec la curette tranchante. On fit la suture des muscles. Ensuite on plaça un drain entre le fascia transversalis et la couche musculaire, et l'on sutura la peau d'un bout à l'autre de l'incision. Pansement à la gaze sublimée à 3 0/100.

Soins consécutifs. — Toutes les deux heures, cinq gouttes de laudanum ; régime liquide le premier jour ; régime ordinaire le second jour. Le 29 novembre au soir, premier pansement. On enlève le drain. Le 4 décembre, nouveau pansement. La plaie est réunie. L'état général a toujours été bon, jamais de fièvre.

• OBSERVATION VI

Abcès froid de l'hypogastre symptomatique d'une ostéite tuberculeuse du pubis

(Observation rédigée d'après les indications recueillies dans le service de M. le docteur Picqué, à la Maison Municipale de santé, et obligeamment communiquées par M. Chomet, externe du service).

Mme V..., 40 ans, présente toutes les apparences d'une santé satisfaisante. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels.

Elle n'a fait aucune maladie de l'enfance. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement, elle a fait une fausse couche de cinq mois, sans aucune suite fâcheuse. Puis elle eut deux grossesses à terme ; ses deux accouchements furent normaux ; ils n'ont nécessité ni manœuvres spéciales, ni aucune opération obstétricale. Les deux enfants sont des jeunes filles actuellement âgées de 18 et 14 ans, toutes deux en excellente santé.

La dame Y... dit n'avoir fait aucune maladie infectieuse antérieure à l'affection qui va nous occuper.

Elle fait remonter le début de cette affection à la fin de juin 1896. Elle a fait à cette époque un effort, ou plutôt s'est livrée à un travail assez pénible consistant dans le transport de châssis (la malade est la femme d'un jardinier). En marchant, elle appuyait ses châssis sur la région sus-pubienne, c'est-à-dire dans la région même où s'est développé l'abcès que nous allons étudier, et dont l'origine étiologique se trouve peut être dans ce traumatisme, cette pression répétée de fardeaux contre le pubis.

Quoi qu'il en soit, trois mois après cette époque, la malade constate l'apparition d'une petite tumeur siégeant à deux centimètres en haut et en dehors de l'épine du pubis droit. Un médecin de la localité qu'elle habite lui annonce d'abord qu'elle avait un kyste. Plus tard il modifie son diagnostic et croit avoir affaire à une hernie. Ces deux phases successives du diagnostic paraissent correspondre à deux stades différents de l'évolution de la tumeur.

Cependant, comme celle-ci ne cessait de grossir, la malade vint à Paris et entra à Lariboisière dans le service de M. le docteur Reynier. Là, on constate dans la région hypogastrique, au point que nous avons précisé, une tumeur dont les dimensions étaient celles d'un œuf de poule. Cette tumeur avait évolué sans réaction inflammatoire ; elle n'était le siège d'aucune douleur, ni spontanée ni provoquée : à peine déterminait-elle une sensation de gêne et de pesanteur dans le bas-ventre. A son niveau, la peau présentait une coloration normale. On porta le diagnostic d'abcès ossifluent à point de départ pubien. On incisa cet abcès. D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, il se serait écoulé de la cavité du pus assez abondant, de couleur jaune noirâtre et chargé de grumeaux. La cavité vidée était irrégulière et aufractueuse. On en fit le grattage à la curette tranchante.

La malade sortit quinze jours après de l'hôpital et entra presque aussitôt à la Maison Dubois, dans le service de M. le docteur Picqué, pour se soumettre à un nouvel examen. Elle présentait

à droite, dans l'hypogastre, au niveau même de l'incision qu'on y avait pratiquée, une fistule persistante à orifice fongueux. Introduite dans cette fistule, la sonde cannelée, suivant une direction oblique, passait au-dessus de la symphyse pubienne et aboutissait au bord supérieur du pubis gauche près de l'épine. La sonde rencontrait en outre un os dénudé, carié ; et l'on pouvait, en pressant un peu sur l'instrument, percevoir la crépitation particulière due à l'effondrement des lamelles osseuses amincies et friables. Il était donc évident que c'était là le foyer d'origine du mal, et que l'abcès ossifluent parti du pubis gauche, avait franchi la ligne médiane pour venir se faire jour à droite de cette ligne.

Le pubis gauche paraissait seul malade. On décida de faire une incision sus-pubienne à gauche, dans le but de pratiquer, par voie directe, le grattage de cet os. L'opération eut lieu le 17 février 1897. La curette tranchante, en cherchant à enlever toute la partie osseuse attaquée, pénétra en plein dans l'articulation symphysienne et arriva jusqu'à la face postérieure du pubis ; un doigt vaginal sentait nettement la curette. Il semble donc que cet abcès froid dont le point de départ était le pubis gauche, dans le voisinage immédiat de la symphyse, avait envahi l'espace sus-pubien, en avant du fascia transversalis, et s'était dirigé de gauche à droite, où, nous l'avons vu, il était venu faire saillie.

Quoi qu'il en soit, la nouvelle incision et le curettage du foyer osseux eurent pour effet l'oblitération rapide de la fistule dont l'orifice se trouvait à droite. Mais, au niveau de l'incision de gauche, une fistule persistante s'établit. Nous avons revu la malade au mois de septembre. Dans le trajet fistuleux touché à chaque pansement au chlorure de zinc, on maintenait une mèche de gaze iodoformée imbibée de naphthol camphré.

Sous ce traitement la plaie ne se comblait que fort lentement. L'état général continuait d'ailleurs à être excellent.

OBSERVATION VII

Abcès tuberculeux sous-ombilical.

(RICHELOT, *Union médicale*, 1883, 2^e série XXXV.)

J. B. Désolière, 35 ans, garçon de pharmacie, entré à l'Hôtel-Dieu le 27 septembre pour en sortir le 7-novembre 1879. A son entrée, il porte une tuméfaction inflammatoire de la région sous-ombilicale et nous raconte les faits suivants :

Il y a un mois environ, éprouvant quelques symptômes d'embarras gastrique, il prit un vomitif, et ressentit dans un effort de vomissement une douleur vive au niveau de l'ombilic. Les jours suivants se développa une tuméfaction douloureuse ; un médecin croyant à une hernie, fit des manœuvres de taxis, et s'arrêta en voyant sourdre du pus par l'ombilic. Depuis lors, le malade a conservé une fistule suppurante et une induration phlegmoneuse de la région. Les fonctions de l'intestin et de la vessie n'ont subi aucune atteinte, et l'état général est resté bon.

L'intégrité du péritoine et des organes abdominaux est manifeste. La position de la tumeur exactement sur la ligne médiane, sa limite inférieure à notable distance du pubis, la faible quantité de pus qui s'est écoulée au moment où la cicatrice ombilicale a cédé sous des pressions intempestives, enfin l'intensité médiocre de la douleur locale jointe à l'absence de fièvre et de symptômes généraux graves, écartent l'idée d'un de ces phlegmons sous-péritonéaux décrits par les auteurs.

Voici ce qu'on trouve :

La tuméfaction peu saillante et modérément rouge, parfaitement médiane et symétrique, a sa base représentée par une ligne transversale qui affleure l'ombilic ; sa partie inférieure est une ligne courbe assez bien limitée. Introduit par la fistule ombilicale, un stylet droit pénètre à peine ; s'il est recourbé, on arrive aisément à explorer la cavité purulente et à en toucher

les limites. Il est alors manifeste que l'ensemble du foyer est aplati, sous-péritonéal, et recouvert par toute l'épaisseur de la paroi de l'abdomen. Le stylet s'arrête en bas à 7 ou 8 centimètres au-dessous de l'ombilic. La symétrie est presque absolue ; cependant le foyer paraît s'étendre un peu vers le côté droit.

On porte le diagnostic de variété d'abcès subaigu décrit par Heurtaux ; l'étiologie en demeurait obscure.

Traitement. Contre-ouverture sur le point le plus déclive, c'est-à-dire en bas et à droite. Injection phéniquée à 1/20. Deux tubes, l'un dans l'ouverture ombilicale, l'autre dans l'orifice nouvellement créé. Cependant, malgré toutes les précautions antiseptiques, la suppuration persiste longuement.

Peu de douleur et peu de signes généraux dès l'origine ; c'était un foyer d'allure subaiguë plutôt qu'un abcès chaud phlegmoneux. La suppuration était jaunâtre et fluide, et un jour la pression fit sortir par l'orifice ombilical une grosse masse caséuse.

Le foyer se combla peu à peu, et le malade sortit bien portant et cicatrisé un mois après l'intervention (4 oct. au 7 nov.). Mais en avril 1880, il vint consulter de nouveau parce qu'il avait des douleurs, des tiraillements dans la paroi abdominale quand il soulevait des fardeaux. Mais alors il donna sur lui-même des renseignements ; il dit avoir souffert en 1869 d'une fluxion de poitrine à gauche et d'une pleuro-pneumonie à droite, cinq ans plus tard. Il n'a jamais eu d'hémoptysies, mais il est faible depuis son abcès, il a quelques sueurs la nuit et un appétit variable. L'auscultation ne révèle rien.

Le malade a été revu en décembre 1880. Il continue à ressentir des tiraillements dans la paroi abdominale. Il ne tousse pas, mais la respiration est courte, et son travail lui donne souvent de l'oppression. L'auscultation ne révèle toujours rien.

Le malade n'a plus été revu.

OBSERVATION VIII

Abcès froid profond de la paroi abdominale. (TAYLOR, *Médical Times*, 1885, 1, 577)

Jessie L..., âgée de 4 ans et demi, entre à «Evelina Hospital » le 23 décembre 1884. Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. L'enfant a eu la rougeole à 2 ans et, depuis, quatre ou cinq attaques épileptiformes. Le 23 octobre elle fut prise d'une attaque suivie de vomissements et de diarrhée. Un médecin attribua les accidents à de l'embarras gastrique, et la malade resta au lit pendant deux mois. Deux semaines après qu'elle s'était alitée, on remarque un développement anormal de l'abdomen qui était douloureux. Pendant tout le cours de la maladie, la toux a été incessante. Cependant la diarrhée et les nausées disparurent. La malade pouvait s'alimenter. Elle ne se plaignait d'ailleurs que de ses douleurs abdominales.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on trouve une enfant pâle, affaiblie, les joues flasques, la peau brûlante. La langue est blanche. L'abdomen est très distendu et surtout proéminent au voisinage de l'ombilic. Cette tuméfaction est mate et fluctuante. Les flancs offrent plus de sonorité ; mais la percussion même légère arrache des cris à l'enfant. La cicatrice ombilicale est saillante comme s'il s'agissait d'une hernie ; cette saillie est d'une coloration faiblement rouge. L'abdomen présente une zone tuméfiée qui s'étend dans un rayon de deux pouces autour de l'ombilic ; mais on n'observe aucune rougeur à part celle de l'ombilic, aucune sensibilité à la pression. Les mouvements du thorax sont plus libres du côté droit qui paraît normal en avant et en arrière. Du côté gauche, la résonnance pulmonaire est normale sous la clavicule, au niveau de l'épaule et dans l'aisselle ; mais la matité commence à la base du poumon, en arrière et aussi, mais moins accentuée, en arrière et en haut... En avant, on entend du souffle bronchique, mais pas très net, et quelques

rales. En arrière la respiration est plus bruyante. La température est élevée. Le pouls est petit et rapide.

24 décembre. — La rougeur est plus marquée autour de l'ombilic et une saillie plus accentuée se dessine du côté gauche.

25 décembre. — Pas de grandes modifications dans les symptômes. La fluctuation est devenue très nette, d'un côté à l'autre. La rougeur n'est plus marquée autour de l'ombilic, mais il y a à gauche un petit espace où la peau amincie offre une couleur franchement rouge. L'enfant est pâle, ne souffre pas ; mais elle a des accès de toux prolongés.

26 décembre. — On ponctionne l'abcès au-dessous de l'ombilic, et on retire une grande quantité de pus louable.

27 décembre. — On fait une incision sur la ligne médiane à travers l'ombilic ; du pus non fétide s'échappe en quantité. Une mèche de gaze est introduite pour maintenir l'orifice ouvert, et un pansement antiseptique est appliqué. La température s'abaisse de un degré environ.

Le 29, on retire la mèche de gaze inondée de pus, et on la remplace par un drain.

Le 1^{er} janvier, il s'écoule moins de pus par la plaie abdominale. On constate les signes d'un épanchement pleural à gauche.

Le 12, on ponctionne la paroi thoracique dans le huitième espace intercostal gauche et on retire du pus. Immédiatement on incise à ce niveau sous le chloroforme, on introduit un drain, et on applique un pansement antiseptique.

Cependant les pansements sont continuellement inondés de pus, aussi bien au thorax qu'à l'ombilic. Les vomissements sont incessants. La malade succombe le 14 février.

Autopsie. — L'abcès de l'abdomen était entièrement extrapéritonéal et s'étendait en avant depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis. Il contenait une grande quantité de pus verdâtre et fétide. Il n'y avait aucune communication de ce foyer avec la cavité péritonéale. Le feuillet viscéral du péritoine n'était pas

enflammé ; il n'y avait pas d'adhérences entre les deux feuillets péritonéaux.

La surface externe de l'estomac était parsemée de nombreuses masses caséuses jaunâtres dont la grosseur variait d'une tête d'épingle à une noisette ; la surface muqueuse présentait de larges plaques de congestion aiguë. Le foie offrait à sa surface des lésions de même nature, mais moins étendues ; et l'on trouvait dans les ligaments suspenseurs plusieurs abcès ayant les dimensions d'un œuf de pigeon. Des dépôts plus petits se voyaient au sein du tissu hépatique. L'estomac, le foie, la rate étaient reliés ensemble et au diaphragme par des adhérences telles qu'il était difficile de les séparer ; et dans tous ces tissus on remarquait de nombreux petits abcès. Sur le feuillet péritonéal qui enveloppe la rate, on trouvait de nombreuses masses demi-solides, jaunâtres. Ces mêmes lésions se rencontraient dans les reins et dans les ganglions mésentériques tuméfiés et sur les lames mésentériques. L'intestin grêle était rétréci en plusieurs points par des bandes de tissu fibreux.

Des masses tuberculeuses existaient également sur la plèvre et dans les poumons.

OBSERVATION IX

Abcès prévésical consécutif à une tumeur blanche de la symphyse pubienne.

(GUÉNEAU DE MUSSY, *Bull. soc. anat.* 1839).

Un malade entra à l'hôpital avec un engorgement phlegmoneux de la région inguinale gauche. Un abcès se forma, fut ouvert, et il en résulta une fistule par laquelle le stylet pénétra jusque derrière la symphyse pubienne. Le malade mourut de résorption purulente, et l'on trouva des abcès métastatiques dans les poumons et d'autres organes. Derrière la symphyse qui est

rugueuse, et dont le ligament est altéré, se trouvait un abcès considérable communiquant avec la cavité péritonéale par une large ouverture située au-dessus de la vessie. Le pus se serait épanché dans le péritoine sans un tampon formé par l'épiploon qui oblitérait cette ouverture. Pendant la vie, la marche était facile, sans douleur ni mobilité apparente de la symphyse.

OBSERVATION X

Abcès prérésical consécutif à une ulcération tuberculeuse de la vessie.

(PRESCOTT HEWETT, *Médical Times*, 1874, II, 673).

Une enfant âgée de neuf ans souffrait depuis quelque temps d'une irritation de la vessie accompagnée de douleur à la miction.

L'urine était ammoniacale et contenait du mucus, mais pas de sang. On supposa qu'il s'agissait d'un calcul de la vessie; et l'enfant fut soumise à l'examen de M. Prescott Hewett qui diagnostiqua une ulcération scrofuleuse de la vessie, et prescrivit de de l'huile de foie de morue et du fer. Quelque temps après la petite malade fut prise de quelques symptômes fébriles à la suite desquels on vit apparaître une tumeur entre l'ombilic et le pubis. La tumeur devint rouge, tendue; elle s'acumina et parut sur le point de s'ouvrir. Mais il n'en fut rien; l'enfant rendit par l'intestin une grande quantité de pus et la tumeur abdominale s'affaissa considérablement. Dès lors elle diminua beaucoup de volume en raison de l'abondance de l'évacuation par l'intestin. Bientôt après il se produisit à l'ombilic une petite perforation à travers laquelle s'écoula une faible quantité d'un liquide aqueux.

A l'autopsie, on trouva la paroi vésicale très épaissie, présentant une vaste ulcération de la membrane muqueuse, et des débris de nodules tuberculeux entre la muqueuse, et la couche musculaire. En avant de la vessie, il existait une cavité circon-

erite contenant du pus et communiquant en arrière avec la cavité vésicale, en avant avec la perforation de la paroi abdominale. A la face postérieure de la vessie une seconde perforation conduisait dans le rectum.

Les autres organes étaient sains.

OBSERVATION XI

*Abcès du petit bassin ouvert à l'ombilic. (Arch. f. Gyn. 1879.
In DELBET, Des suppurations pelviennes chez la femme).*

Jeune fille de 24 ans. Constitution faible ; porte depuis plusieurs années une tumeur arrondie qui s'élève depuis le bassin jusqu'à l'ombilic. On ne peut isoler l'utérus. L'hystérométrie est normale. Deux fois il s'est produit des ouvertures, une fois dans l'aîne gauche, une fois par l'ombilic. Aujourd'hui la maladie est fébrile ; la douleur à la palpation n'est un peu vive qu'au niveau de l'aîne gauche où il y a encore menace de rupture. Impossibilité d'examen par le vagin (hymen) ; on peut arriver sur la tumeur par le rectum. Incision par l'aîne gauche et drainage. Ouverture spontanée par le vagin. Bardenheuer, après avoir étendu l'incision inguinale au-dessus du pubis jusqu'à la ligne blanche essaye de passer un drain par cette incision jusqu'au vagin. Impossible. On place un drain vaginal, et plusieurs drains dans l'incision inguinale. Trois mois après l'opération la malade est à peu près complètement guérie.

OBSERVATION XII

Abcès prévésical par appendicite (TUFFIER, Semaine médicale, 1894, p. 557).

Un jeune homme de 17 ans entre le 8 août 1893 à l'hôpital

pour se faire soigner d'une tuméfaction subaiguë localisée à la région sus-pubienne médiane. L'affection avait débuté un mois auparavant par des douleurs accompagnées bientôt d'une tuméfaction qui augmenta peu à peu pour acquérir les dimensions constatées aujourd'hui.

En interrogeant le malade on apprend que depuis trois années il ressent à intervalles variables un endolorissement vague dans la fosse iliaque droite ; cet état douloureux permanent est entrecoupé d'accès de constipation avec exagération des douleurs auxquelles font suite de véritables débâcles. D'abord assez éloignées les unes des autres, ces crises se sont rapprochées au point de fatiguer, de déprimer, d'amaigrir ce jeune garçon. Il continue cependant son travail de sculpteur sur bois en suivant un traitement médical et un régime laxatif. La situation s'améliora ; mais en 1893, nouvel état douloureux presque continue localisé à la fosse iliaque droite. Tous ces accidents ont été cependant assez légers pour ne pas attirer l'attention du malade avant ces derniers jours.

A son entrée, en effet, il est pâle, amaigri, la face est blême, les yeux sont enfoncés, les ailes du nez rétractées, en un mot, le malade présente le facies péritonéal, la langue est saburrale, l'appétit nul, le pouls est fréquent et petit ; la température est de 38°3, mais l'état de l'abdomen ne correspond pas à ces symptômes fonctionnels ; le ventre est plat et souple dans sa partie supérieure, et au premier coup d'œil, on voit une saillie manifeste au niveau de la région sus-pubienne.

La tuméfaction est vraiment caractéristique ; la peau est tendue, sans changement de coloration, arrondie, exactement médiane ; elle remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; latéralement elle s'étend jusqu'aux limites des muscles grands droits, pour se perdre en bas, derrière le pubis. Elle est mate dans toute son étendue. A la palpation on constate qu'elle s'enfonce profondément sous les muscles de l'abdomen et derrière la symphyse pubienne ; son contour est nettement limité et on la prendrait volontiers pour la vessie en état de distension.

La tension des muscles droits à sa surface ainsi que son prolongement rétro-pubien permettent de la localiser derrière la paroi abdominale. Le toucher rectal fait reconnaître que la tumeur descend très bas derrière le pubis, elle refoule le rectum dans lequel elle fait saillie ; mais l'épaisseur des parties souples qui séparent le doigt de la tumeur permet d'affirmer l'intégrité de la prostate et de la vessie.

La tumeur localisée en avant de la vessie et derrière les muscles de l'abdomen occupe donc la cavité de Retzius. Toute cette région est douloureuse, empâtée, enflammée, et en recherchant soigneusement la fluctuation profonde, on la trouve parfaitement nette. Il n'y a donc pas de doute sur le diagnostic, il s'agit d'une *collection purulente développée dans la région prévésicale*. Mais cette collection purulente ne peut être qu'un accident secondaire et son point de départ est encore inconnu. La palpation méthodique montre que le maximum de la douleur siège nettement à l'extrémité droite de la fosse iliaque ; cette même palpation indique une résistance plus considérable de ce côté par comparaison avec le côté opposé. En combinant le palper et le toucher rectal, les deux signes douleur maxima et empatement plus marqué à droite deviennent évidents.

On porte le diagnostic d'*abcès prévésical d'origine appendiculaire* et l'on propose l'ouverture de l'abcès.

Le malade fut opéré le 10 août 1893. Une incision médiane sus-pubienne de 8 centimètres conduisit, à travers les muscles sclérosés, sur une collection purulente qui occupait l'espace prévésical. Introduisant l'index dans la cavité, on trouva un prolongement qui se dirigeait vers la limite externe de la fosse iliaque droite. Sans détruire les adhérences qui existaient à ce niveau, on se contenta de tamponner la cavité avec de la gaze iodoformée. Le surlendemain des matières stercorales s'écoulaient par le drain et l'on constatait qu'elles venaient bien de la fosse iliaque.

L'ouverture de l'abcès, chez ce malade, fut suivie d'une amélioration rapide de l'état général ; la plaie marcha d'abord très

vite vers la guérison ; mais il persista une fistule, et le 23 décembre, c'est-à-dire quatre mois et demi après la première intervention, on réséqua l'appendice et la région cœcale voisine dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, et le malade guérit.

CONCLUSIONS

Nous résumerons notre travail dans quelques propositions succinctes qui en seront les conclusions :

1° D'après les recherches récentes et les données nouvelles de la bactériologie, le groupe des abcès froids ne doit plus seulement comprendre les abcès tuberculeux, mais aussi les suppurations froides dues à l'action localisée de micro-organismes variés (streptocoques et staphylocoques, pneumocoques, bacilles d'Eberth).

Évolution lente et chronique, indolence ou minimum de douleur ; absence de réaction locale ou générale : tels sont les caractères de ces collections froides.

2° Ainsi définis, les abcès froids de la paroi abdominale antérieure doivent être tout d'abord distingués : des gommes syphilitiques ; des kystes hydatiques superficiels et profonds de la paroi ; des kystes diverticulaires de la partie sous-ombilicale de l'ouraque (Luschka). A l'hypogastre, en particulier, le diagnostic différentiel doit être fait avec : la vessie distendue par l'urine ; certaines dispositions anormales du réservoir urinaire ; de volumineux calculs vésicaux ; les abcès de la paroi vésicale ; l'hématome péri-vésical ; les kystes hydatiques de la cavité de Retzius ; les kystes hydatiques rétro-vésicaux ;

les kystes séreux pré-péritonéaux et rétro-pubiens (hygromas de la bourse séreuse prévésicale de Delbet).

3^e Le diagnostic d'abcès froid de la paroi abdominale ayant été posé, il importe de déterminer son siège, sa localisation dans l'une des trois couches constituant de la paroi : tissu cellulaire sous-cutané, couche musculaire, couche cellulaire pré-péritonéale.

a. — Les abcès froids sous-cutanés de la paroi antérieure de l'abdomen paraissent le plus souvent situés sous le feuillet aponévrotique sous-cutané profond ; leur saillie n'est point modifiée par la contraction musculaire. A l'hypogastre, en particulier, ils sont limités inférieurement par le bord supérieur de l'arcade pubienne auquel se fixe le feuillet sous-cutané profond ; ils peuvent être bilobés, avec deux saillies latérales ; ils semblent pénétrer derrière la symphyse ; mais le toucher rectal est négatif et la miction reste régulière.

b. — Les abcès froids de la couche musculaire (foyers tuberculeux) paraissent très insidieux. On les a observés dans les muscles transverse, petit et grand oblique. Les abcès de la gaine des muscles droits méritent une mention spéciale. Ils siègent : dans l'espace cellulaire prémusculaire de la gaine des droits (abcès à évolution froide de la fièvre typhoïde) : dans la *fosse rétro-musculaire* (Charpy) ou *espace sus-pubien* (Leusser). Ces abcès de la gaine des muscles droits peuvent avoir pour origine une ostéite du pubis en bas, de la cage thoracique en haut (sternum, côtes).

En général, ils sont hypogastriques, médians. Quand ils sont prémusculaires, ils remontent à deux ou trois

travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; leur saillie et leur consistance sont exagérées pendant la contraction musculaire. Rétro-musculaires, ils sont effacés par la même contraction. Ils semblent s'enfoncer derrière la symphyse, mais le toucher rectal ne dénote rien d'anormal ; les troubles de la miction sont nuls. Les collections rétro-musculaires traversent d'ordinaire la ligne blanche ou les muscles droits pour s'échapper spontanément au dehors.

c. — Les abcès profonds de la paroi occupent la cavité prévésicale (cavité de Retzius) qui s'étend de l'ombilic au plancher pelvien, et comprend une partie pré-ouracale et une partie rétro-pubienne.

Les abcès sous-ombilicaux (type des phlegmons de Heurtaux) se développent dans la portion immédiatement sous-ombilicale de l'espace pré-ouracal. Leur forme spéciale en demi-ellipse à base en haut les fera reconnaître.

Si le foyer inflammatoire sous-ombilical a une marche envahissante, le pus fuse jusque dans la région inférieure de la cavité prévésicale ; l'on pourrait avoir un abcès total de cette cavité.

Les collections purulentes de l'espace prévésical inférieur sont le plus souvent symptomatiques de lésions du voisinage (tumeurs blanches de la symphyse, ostéite du pubis, ulcérations tuberculeuses de la vessie, prostatite tuberculeuse, lésions chroniques de l'appendice). Le pus prévésical remonte fréquemment jusqu'à l'ombilic où se fait l'ouverture de l'abcès.

Au point de vue diagnostique, deux points importants :

la tension des muscles droits au-devant de la tumeur montre qu'elle est profonde ; le toucher rectal fait reconnaître qu'elle est prévésicale. Les troubles de la miction ne sont pas constants.

4° L'abcès froid étant diagnostiqué, il faut intervenir : l'indication est formelle. L'incision est la méthode de choix. Au point de vue thérapeutique, le diagnostic de l'origine des abcès symptomatiques a une grande importance : on doit remonter à la source même du mal et agir en conséquence.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL,

Vu par le président de la thèse,

GUYON

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

